



JHPIEGO An Affiliate of
Johns Hopkins
University

A GLOBAL LEADER IN IMPROVING HEALTH CARE FOR WOMEN AND FAMILIES

GESTION AXEE SUR LES STANDARDS ET RECOMPENSE

GUIDE OPERATIONNEL

Approche pratique pour améliorer la
performance et la qualité des services de santé



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

auteurs

Edgar Necochea

Débora Bossemeyer

GESTION AXÉE SUR LES STANDARDS ET RECOMPENSE

GUIDE OPERATIONNEL

Approche pratique pour améliorer la
performance et la qualité des services de santé

JHPIEGO, affilié à l'Université Johns Hopkins, crée des partenariats mondiaux et locaux pour améliorer la qualité des services de santé des femmes et des familles dans le monde entier. JHPIEGO est un leader mondial en création d'approches novatrices et efficaces pour le développement de ressources humaines pour la santé.

www.jhpiego.org

Publié par :

JHPIEGO
Brown's Wharf
1615 Thames Street
Baltimore, Maryland, 21231-3492, USA

Copyright © 2005 par JHPIEGO. Tous droits réservés.

Auteurs : Edgar Necochea
Débora Bossemeyer

Rédactrice : Dana Lewison

Mise en page : Youngae Kim

Traduction française : Frances Kleeman

ISBN 0-929817-86-9

Imprimé aux Etats-Unis d'Amérique

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	v
INTRODUCTION	1
Objectif	1
Comment utiliser ce guide opérationnel	2
GESTION AXEE SUR LES STANDARDS ET RECOMPENSE : QU'EST-CE QUE C'EST ET EN QUOI EST-CE UNIQUE ?	4
Les quatre étapes de la SBM-R	4
En quoi la SBM-R est-elle unique ?	4
Valeur ajoutée par la SBM-R	7
ETAPE UN : ETABLIR LES STANDARDS DE PERFORMANCE	10
Définir le niveau de performance souhaitée	10
Identifier les services à être améliorés	11
Définition détaillée des processus fondamentaux et d'appui sélectionnés pour les prestations des services	11
Elaboration de standards de performance opérationnels	13
ETAPE DEUX : MISE EN ŒUVRE DES STANDARDS	19
Enquête de base et identification des lacunes de performance	19
Causes des lacunes de performance	20
Identification des interventions appropriées pour combler les lacunes de performance	24
Mise en œuvre des interventions	26
ETAPE TROIS : MESURER LES PROGRES	28
Types d'évaluations	28
ETAPE QUATRE : RECONNAITRE LES REUSSITES	30
Motivation	30
Récompenses	31
DEFINIR L'INITIATIVE SBM-R	33
But	33
Type/Gamme de services	33
Types de structures	34
Couverture sectorielle	34
Envergure géographique	34
Conséquences de la performance et motivations	34
Organisme de récompense	35
Appui et soutien	35
Gestion	35

FACILITER LA SBM-R	38
L'organisme de coordination de SBM-R	38
Equipe d'encadreurs/facilitateurs de SBM-R	40
Conseillers techniques	42
Equipe de vérification	44
GERER LE PROCESSUS DE CHANGEMENT	46
Préparation et initiation	47
Renforcement	55
Consolidation	59
RENFORCER LA DEMANDE ET LA PARTICIPATION	64
Obtenir les contributions des clients et de la communauté	64
Plaidoyer pour les services de haute qualité	65
Participer à l'amélioration de la performance et la qualité des services de santé	65
Agir en tant que source de contrôle de la qualité	66
ROLE DE LA COMMUNICATION	67
Trois modes principaux de communication	67
Marquage (Branding)	68
EVALUER UNE INITIATIVE DE SBM-R	70
Volume des services	70
Qualité des services	71
Efficience	71
PASSER A L'ECHELLE ET PERENNISER LA SBM-R	73
Créer une masse critique d'adhérents précoces	73
Diffuser l'initiative sur une grande échelle	73
Pérenniser la SBM-R	74
ANNEXE	77
REFERENCES SELECTIONNEES	83

REMERCIEMENTS

CONTRIBUTIONS

Les personnes suivantes ont contribué des suggestions et/ou expériences sur le terrain importantes au développement de ce manuel :

Mirwais Amiri (Afghanistan)
Pashtoon Azfar (Afghanistan)
Nora Baker (Afghanistan)
Julia Bluestone (JHPIEGO-Baltimore)
Jotamo Come (Mozambique)
Oscar Cordón (Guatemala)
Kelly Curran (JHPIEGO-Baltimore)
Gloria Fajardo (Honduras)
Esty Febiani (Indonésie)
Francisco Holanda, Jr. (Brésil)
Petula Lee (Trinidad et Tobago)
Ismael Mayar (Afghanistan)
Gloria Metcalfe (JHPIEGO-Baltimore)
Escolástica Moura (Brésil)
Lunah Ncube (Afrique du Sud)
Olga Novella (Mozambique)
Erwin Ochoa (Honduras)
Anne Pfitzer (JHPIEGO-Baltimore)
Tsigué Pleah (JHPIEGO-Baltimore)
Tambudzai Rashidi (Malawi)
Verônica Reis (Brésil)
Chandrakant Ruparelia (JHPIEGO-Baltimore)
Dad Muhammed Shinwari (Afghanistan)
Balbina Lemos Silva (Brésil)
Dirleni Silveira (Brésil)
Jennifer Stuart-Dixon (Jamaïque)
Evie Vernon (Jamaïque)

EXAMINATEURS

Rick Hughes
Ashraf Ismail
Maryjane Lacoste
Pamela Lynam
Ronald Magarick
Harshad Sanghvi
Jeffrey Smith

REDACTRICE

Dana Lewison

MISE EN PAGE

Youngae Kim

TRADUCTION FRANÇAISE

Frances Kleeman

REMERCIEMENTS SPECIAUX

Les auteurs tiennent à remercier particulièrement Michelle Heerey et Jennifer Bowman du Centre de Programmes pour la Communication (CCP) de l'École de Santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins des maintes idées utiles qu'elles ont contribuées au développement de ce guide.

Un soutien financier pour cette publication a été apporté en partie par le Bureau de Population et de Santé génésique, Bureau de Santé globale, Agence internationale pour le Développement international (USAID). Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément celles de l'Agence pour le Développement international.

INTRODUCTION

Il y a quelque temps, deux des auteurs de ce Guide opérationnel ont rencontré le Ministre de la santé récemment nommé dans un pays en voie de développement. Au cours de la conversation, le ministre a décrit l'une de ses premières expériences dans son nouveau poste—une visite à plusieurs hôpitaux de province. La direction et le personnel avaient été avertis à l'avance de la visite du ministre et ils ont fait un grand effort pour faire briller leurs hôpitaux pour lui. Le Ministre, un médecin très expérimenté, a exprimé sa préoccupation par le fait que, malgré toute cette préparation, il a vite constaté plusieurs aspects des soins qui ne fonctionnaient pas de manière appropriée. Pourtant, les gestionnaires et les prestataires semblaient ne pas être conscients de ces lacunes. Ils semblaient accepter comme la norme les lacunes au niveau de la propreté des locaux, de la circulation des patients et de l'interaction entre clients et prestataires, parmi d'autres. Le Ministre a mentionné qu'il pouvait voir la déception et la tristesse dans les visages du personnel lorsqu'il a indiqué certaines de ces lacunes. En réfléchissant à cette expérience, le Ministre a dit : « Comment peuvent-ils voir ces problèmes s'ils n'ont aucun modèle de référence ? Ils se sont habitués à leur routine ; ils n'ont pas de standards de soins pratiques et mis à jour pour les guider dans leur travail de tous les jours. » Il a décidé que l'une de ses premières tâches de ministre serait de s'assurer que les structures sanitaires du pays avaient de tels standards. Il a considéré cette tâche comme aussi importante que celle de prévoir d'autres types d'appui, tels les ressources ou la formation.

Ce guide opérationnel est conçu pour assister ces institutions avec cette tâche d'améliorer les prestations de services en utilisant des standards de soins comme base pour l'amélioration. Le guide est conçu pour répondre à des questions telles que : Quels types de standards seront-ils vraiment utiles aux prestataires et aux gestionnaires locaux ? Comment peut-on les mettre en œuvre de manière pratique ? Comment soutenir le processus d'amélioration ?

Comme le Ministre du cas sus-décrit, la plupart des gestionnaires essaient continuellement d'améliorer la performance et les services de santé pour atteindre des objectifs en matière de soins sanitaires. Les résultats de l'amélioration de la qualité, pourtant, ont souvent été limités, même décevants. Ces efforts sont souvent vus par des prestataires de santé, déjà surmenés, comme des tâches compliquées constituant un fardeau de plus pour eux. Outre les préoccupations usuelles, viennent s'ajouter maintenant de nouveaux défis se rapportant à la nature complexe des soins de santé et aux embouteillages financiers et administratifs, tels que la réforme sanitaire, l'atteinte d'objectifs mondiaux, les nouvelles technologies et les attentes des clients concernant l'amélioration des soins. En outre, dans beaucoup de pays l'épidémie du VIH/SIDA ne crée pas seulement un fardeau de plus sur les services sanitaires mais elle décime et démoralise le personnel.

Les efforts de renforcer et améliorer les soins dans ces circonstances peuvent être très difficiles. Nous croyons, néanmoins, qu'il n'est pas toujours nécessaire d'avoir recours à des solutions sophistiquées afin d'atteindre des améliorations significatives en la performance et la qualité des services de santé.

OBJECTIF

Au cours des quelques années passées, JHPIEGO travaille sur le terrain pour développer une approche pratique à l'amélioration de la performance et la qualité, appelée ici Gestion axée sur les standards et récompense (Standards-Based Management and Recognition) [SBM-R ci-après]. Travaillant souvent en partenariat avec d'autres organisations, nous avons réalisé des résultats très

encourageants au niveau de l'atteinte de soins de santé de qualité standardisés en utilisant une méthodologie simplifiée, étape par étape, la gestion créative du processus de changement et l'implication conjointe et active des prestataires, des clients et des communautés dans le processus d'amélioration. La réussite prometteuse et la force inspirante d'expériences telles le projet PROQUALI au Brésil, l'initiative de Prévention des infections Ukhondo Ndi Moyo dans le Malawi, le CaliRed au Guatemala, et autres programmes ont résulté en des demandes fréquentes par des gestionnaires et prestataires de services de santé d'un guide pratique pour mettre en œuvre et passer à l'échelle de cette approche. Ce guide opérationnel fournit une structure et une méthodologie pour guider les gestionnaires de programmes et le personnel de structures sanitaires à adapter et mettre en œuvre des programmes similaires, adaptés à leur contexte. Le but de ce guide opérationnel est de présenter un processus étape par étape, des outils pratiques et d'autres ressources pour améliorer la performance et la qualité des services de santé utilisant l'approche de **gestion axée sur les standards et la récompense des prestations de services de santé**.

Ce guide opérationnel est conçu pour des gestionnaires et les prestataires en première ligne d'organisations de prestation de services des secteurs public et privé. Le guide a aussi été développé à l'intention de gestionnaires de santé nationaux, provinciaux/régionaux ou de district qui veulent améliorer les services pour lesquels ils sont directement responsables. Autres utilisateurs potentiels de cet ouvrage sont des groupes de plaidoyer qui représentent les intérêts en matière de santé des clients, des communautés et des organisations fournissant l'assistance technique pour l'amélioration de la performance et la qualité.

COMMENT UTILISER CE GUIDE OPERATIONNEL

Le guide est organisé de la manière suivante :

- **Gestion axée sur les standards et récompense des prestations de santé : Qu'est-ce que c'est et en quoi est-elle unique ?** donne la définition de la SBM-R et décrit sa valeur ajoutée pour les gestionnaires de programmes et les prestataires de soins.
- **Etape Un : Etablir les standards de performance** décrit comment développer des standards de performance opérationnels pour les services ayant besoin d'être améliorés.
- **Etape Deux : Mettre en œuvre les standards** décrit comment déterminer les lacunes de performance et comment identifier et mettre en œuvre les interventions pour les combler.
- **Etape Trois : Mesurer les progrès** donne des exemples de différents types d'évaluation que l'on peut utiliser pour mesurer les progrès et appuyer le processus de la mise en œuvre.
- **Etape Quatre : Récompenser les réussites** explique les conditions qui rehaussent la motivation et les types de récompenses qui aident les structures à atteindre leurs objectifs de performance.
- **Définir l'initiative SBM-R** montre comment s'assurer que les caractéristiques de l'initiative SBM-R répondent aux besoins des institutions et des programmes.
- **Animer la SBM-R** explique ceux qui facilitent et soutiennent le processus et comment développer ces ressources humaines et matérielles.
- **Gérer le processus de changement** présente les activités nécessaires pour préparer, renforcer et consolider la mise en œuvre de l'initiative SBM-R.
- **Renforcer la demande et la participation** explique le rôle critique des clients et des communautés pour le succès et la durabilité de la SBM-R.
- **Rôle de la communication** ébauche certaines stratégies et méthodes clés pour sensibiliser les gens au processus de SBM-R et engager la participation du public, des prestataires et des gestionnaires de programmes de manière efficace.

- **Evaluer une initiative de SBM-R** décrit comment évaluer un Programme de SBM-R, mettant l'accent sur le volume, améliorer l'efficacité des services.
- **Passé à l'échelle et durabilité de la SBM-R** présente des leçons tirées de l'expérience concernant les défis et les opportunités pour assurer la durabilité d'efforts de SBM-R de grande échelle.
- La matrice dans l'**Annexe** décrit des programmes de SBM-R mis en œuvre dans sept pays. Des modèles d'outils d'évaluation et de formation utilisés dans ces programmes sont inclus sur un CD-ROM pour accompagner le guide.

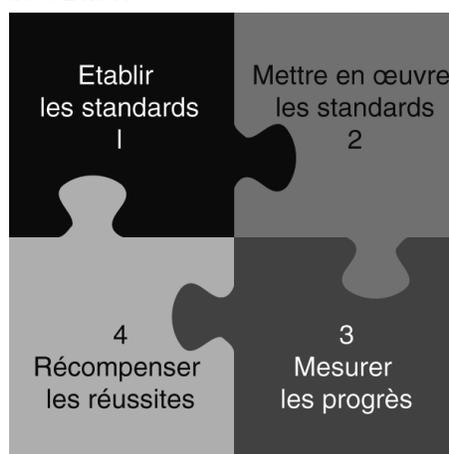
GESTION AXEE SUR LES STANDARDS ET RECOMPENSE : QU'EST-CE QUE C'EST ET EN QUOI EST-CE UNIQUE ?

LES QUATRE ETAPES DE LA SBM-R

La Gestion axée sur les standards et récompense des prestations de santé (SBM-R) est une approche pratique de gestion pour améliorer la performance et la qualité des services de santé. Elle se constitue de l'utilisation systématique, continu et efficace de standards de performance opérationnels comme base de l'organisation et le fonctionnement de ces services, plus la récompense de l'adhérence à ces standards par le biais de mécanismes de reconnaissance. La SBM-R est constituée de quatre étapes fondamentales (voir **Figure 1**) :

1. Etablir les standards de performance de manière opérationnelle
2. Mettre en œuvre les standards par le biais d'une méthodologie simple et systématique
3. Mesurer les progrès afin de guider le processus d'amélioration vers ces standards
4. Reconnaître et récompenser les réussites

Figure 1. Etapes du processus de SBM-R



EN QUOI LA SBM-R EST-ELLE UNIQUE ?

La SBM-R utilise les éléments essentiels de l'approche « amélioration de la performance », les renforce avec des méthodes pratiques d'amélioration et d'assurance de la qualité et incorpore les expériences acquises lors de la mise en œuvre d'approches similaires par d'autres organisations sanitaires internationales pour construire un processus simplifié ayant les caractéristiques distinctives suivantes :

- La SBM-R est une approche très focalisée qui ne commence pas par la discussion de la performance ou des méthodologies de qualité en générale. Le **processus d'amélioration se situe autour d'un domaine de contenu spécifique**, rendant ainsi le processus plus concret et significatif pour les agents de santé de première ligne. Typiquement, les mises à jour des

connaissances, la standardisation des compétences et le développement de standards de performance opérationnels sont le point de départ du processus.

- La SBM-R utilise une **approche interactive**, se focalisant non sur les problèmes mais sur le niveau de performance souhaité et la qualité à atteindre. Ce niveau de performance souhaité est exposé en termes objectifs en forme de standards de performance présentés dans les outils d'évaluation pratiques.
- Dans le cadre du programme SBM-R, un travail considérable est investi lors du développement des standards de performance opérationnels qui montrent en détail aux prestataires et aux gestionnaires non seulement **ce qu'ils doivent faire** mais **comment le faire**. Cette approche de « livre de cuisine » diminue le besoin d'analyser et de re-concevoir les processus lors de la phase de mise en œuvre. Le fardeau réduit qui en résulte pour les prestataires et les gestionnaires rend le processus plus acceptable et durable.
- **L'élément de motivation** est considéré comme essentiel pour la réussite du processus de SBM-R. Reconnaître et récompenser des accomplissements de l'amélioration des prestations de services est un élément clé de l'approche. La SBM-R présume que les gestionnaires, les prestataires et les autres intéressés n'adoptent pas les initiatives d'amélioration uniquement parce qu'elles sont rationnelles mais parce qu'ils voient qu'ils ont quelque chose à gagner de l'expérience.
- **Le mesurage continu** est utilisé comme mécanisme pour guider le processus, informer les prises de décisions administratives et renforcer le mouvement vers le changement. Les mesures et le bilan sont entrepris au niveau des individus et des structures, créant ainsi un système de vérifications multiples pour le processus. Cet aspect est particulièrement pertinent aux milieux où la supervision externe est faible ou n'existe pas.
- Le **pouvoir des clients et des communautés** est un élément important de la SBM-R. Par le biais de l'établissement et la dissémination des standards de soins clairs et objectifs, la SBM-R facilite les capacités des clients d'agir comme consommateurs informés et permet des partenariats parmi le personnel et les clients.
- Dans le cadre de la SBM-R, ceux qui sont impliqués dans le processus développent graduellement des **compétences de gestion du changement**. La méthodologie de mise en œuvre a des défis inhérents de différents niveaux de complexité et ceux qui les mettent en œuvre sont encouragés à **souligner l'action et l'atteinte précoce de résultats** (atteindre les buts à portée de main en premier lieu) pour créer la dynamique pour des changements ultérieurs.
- La SBM-R déclenche et renforce un processus d'**apprentissage individuel et organisationnel continu**, lors duquel les prestataires sont encouragés à adopter une gamme de rôles dynamiques durant le processus de mise en œuvre, évaluant leur propre travail et performance ainsi que ceux de leurs pairs et leur système organisationnel.
- La SBM-R favorise le développement de **réseaux de services**, où les agents de santé peuvent échanger des expériences et fournir un soutien mutuel pour la mise en œuvre du processus d'amélioration.
- La méthodologie de SBM-R est conçue pour être **incorporée dans la gestion de tous les jours** et dans toute la prestation de services de santé. La SBM-R n'est pas une méthodologie

d'amélioration de la qualité et la performance qui ne peut être mise en œuvre que par des experts ou unités spécialisées mais elle est plutôt directement encadrée dans les processus de gestion et de prestation de services. La qualité devient ainsi une fonction régulière de l'organisation, donc une responsabilité continue et une tâche de chaque agent de santé.

Certains de ces éléments sont présents dans d'autres approches à l'amélioration de la qualité étant mises en œuvre sur le terrain. La SBM-R, cependant, les intègre tous dans une approche unifiée. Le **Tableau 1** ci-dessous souligne les principales différences entre la SBM-R et d'autres modèles courants.

Tableau 1. Différences entre la SBM-R et les autres approches

AUTRES MODELES COURANTS	SBM-R
Commencent le processus par des concepts et méthodologies d'amélioration	Commence le processus par le contenu/contenu technique
Se focalisent sur les problèmes	Se focalise sur la performance souhaitée
Utilisent des standards sélectionnés/indicateurs (que faire ?)	Utilise des standards détaillés (que faire et comment le faire ?)
La re-conception du processus se fait lors de la mise en œuvre	La plus grande partie de la re-conception se fait avant la mise en œuvre
Se focalisent sur des problèmes sélectionnés/isolés	Se focalise sur des plates-formes intégrées de prestations de services
Mettent l'accent sur l'établissement de priorités	Met l'accent sur les résultats rapides et le développement graduel de compétences de gestion du changement
Se focalisent sur l'unique solution la meilleure	Se focalise sur de multiples solutions et des sources multiples d'appui
Utilisent le mesurage pour évaluer	Utilise le mesurage pour des buts de gestion
Adoptent des rôles fixes lors du processus de mise en œuvre	Adopte des rôles changeant lors du processus d'apprentissage (autant pour les clients et les communautés que pour le personnel et les gestionnaires)
Mettent l'accent sur le raisonnement logique du processus	Met l'accent sur les conséquences de la performance
La qualité est vue comme fonction spécialisée	La qualité est incorporée comme fonction régulière de la gestion de tous les jours

SBM-R, Habilitation et Certification

La SBM-R partage certaines caractéristiques avec d'autres approches à l'amélioration de la prestation des services axées sur les standards, soit l'habilitation et la certification, notamment l'habilitation à la prestation de services. L'**habilitation** est typiquement un processus formel, volontaire par lequel un organisme externe, normalement un organisme non gouvernemental (ONG), évalue et décide si oui ou non la structure se conforme aux standards prédéterminés et publiés ou aux standards de performance ou de qualité des soins. La **certification** est similaire à l'habilitation mais elle est généralement utilisée pour déterminer l'adhérence dans le cadre de standards établis d'un certain domaine spécial de soins. Le but principal de l'habilitation et la certification est l'**assurance de la qualité**, qui implique l'acte d'informer les clients ou le public que tel ou tel prestataire a atteint un niveau recommandé de compétence. Dans certains cas, l'habilitation et la certification peuvent être liées à des initiatives d'amélioration de la qualité lors desquelles les services sont soutenus ou encadrés par le biais d'assistance externe pour atteindre les standards souhaités.

Par contre, l'objectif principal de la SBM-R est l'amélioration de la performance et la qualité. La SBM-R ne se focalise pas surtout sur l'évaluation externe des structures mais plutôt sur l'apport de processus, mécanismes et outils qui les habilitent à poursuivre continuellement les standards souhaités. Néanmoins, les processus de reconnaissance et récompense de la SBM-R impliquent normalement une vérification externe de l'adhérence aux standards et renseignent souvent le public concernant le niveau de qualité atteint par les services. Voici le moyen par lequel la SBM-R devient aussi, à un certain point, un mécanisme d'assurance de la qualité.

Bien que le point de départ soit assez différent, ces deux types de processus sont étroitement liés. La certification ou l'habilitation peut être utilisée comme mécanismes de reconnaissance et de récompense au sein d'un processus de SBM-R, et de même la SBM-R peut être un marchepied au développement de plans d'habilitation et de certification.

VALEUR AJOUTEE PAR LA SBM-R

Dans beaucoup de pays l'industrie sanitaire est en train de vivre une transformation significative pour améliorer son fonctionnement et sa performance et, en fin de compte, le statut de santé de la population. Cette transformation, appelée souvent réforme du secteur sanitaire, a des conséquences importantes sur la manière de fournir les services de santé. Certaines des caractéristiques principales de cette transformation incluent les suivantes :

- **Accentuation des soins de santé axés sur l'évidence**
- Une approche plus **préventive et intégrée** aux soins de santé
- Accentuation du **rôle actif des clients et des communautés**
- Focalisation accrue sur la **qualité, réglementation et responsabilité financière** dans un environnement d'**efficacité et de contrôle des coûts**
- **Décentralisation** des fonctions en matière de gestion, habilitation à la prise de décisions au niveau local

Comment la SBM-R peut-elle aider particulièrement à confronter les défis présentés par la réforme sanitaire ?

Utilisation de l'évidence scientifique, des meilleures pratiques et des standards de performance en tant que base pour les prestations de soins de santé de qualité. Les connaissances basées sur l'évidence et les meilleures pratiques ne parviennent pas à beaucoup de

structures sanitaires à cause des lacunes au niveau de la dissémination de l'information. Même dans les pays développés tels que les Etats Unis, des études montrent que les soins de routine ne suivent qu'en partie les directives des standards de procédure de soins recommandés. Dans beaucoup de pays en voie de développement, les procédures, normes et protocoles (PNP) de prestation de soins sont souvent placés sur des étagères et ne sont pas utilisés pour les prestations de soins de tous les jours. La SBM-R « traduit » le matériel technique de référence, tel les PNP scientifiques et les **outils opérationnels** contenant des standards de performance que l'on pourrait utiliser comme **aides de travail** ou les guides rédigés par des prestataires de première ligne et les gestionnaires dans leur travail de tous les jours. Voilà comment la SBM-R aide à la mise en œuvre des soins de santé axés sur l'évidence scientifique et la dissémination des meilleures pratiques.

Renforcer une approche intégrée aux prestations de soins. La plupart des approches à la santé abandonnent actuellement les programmes verticaux et isolés pour des stratégies plus intégrées et holistiques. La SBM-R ne se focalise pas sur des aspects isolés ou problèmes de prestation de services mais elle aborde un ensemble minimal de composantes et de processus qui sont pertinents pour offrir des « ensembles » (paquets) de services de santé. Cette approche systémique crée des opportunités pour créer des **plates-formes plus intégrées et durables pour les prestations de services** et aide à trouver des synergies parmi les processus de soins sanitaires. Travaillant de manière systémique, la SBM-R évite de trouver des solutions pour des aspects de soins qui créent de nouveaux problèmes dans d'autres domaines.

Promouvoir la sensibilisation et l'implication des clients et de la communauté. La démocratisation et l'accès accru à l'information sur l'échelle mondiale ont accru la conscience de la population moyenne des droits humains—dont le droit aux soins de santé de haute qualité. Les comités locaux de santé, des groupes féminins et communautaires sont bien placés pour représenter les intérêts de la communauté au niveau des soins de santé ainsi que pour aider à attirer des ressources accrues pour l'amélioration de la qualité. Le fait que davantage de personnes paient leurs services de santé et ont un nombre d'options parmi lesquelles ils peuvent choisir, leur offre davantage de pouvoir de plaidoyer. La SBM-R fournit une stratégie qui se base sur ce nouvel environnement de manière efficace et **habilite les consommateurs de soins**. La SBM-R fournit des moyens systématiques pour assurer de l'information aux communautés concernant la qualité des soins, en rendant opérationnel les indicateurs de la qualité que les non-initiés peuvent observer et comprendre. En outre, la SBM-R fournit aux communautés un rôle qui les aide à définir la qualité réelle à laquelle on s'attend d'une structure sanitaire.

Qualité des soins, règlement et responsabilité financière. Différents types d'assurances sanitaires et systèmes de soins de santé axés sur le marché avancent dans beaucoup de pays. Les financiers de la santé et les institutions de prestation s'intéressent à obtenir la meilleure qualité de soins pour leurs membres—au coût le plus avantageux. Etant donné que le financement public des soins de santé primaires s'avère être inadéquat, des services publics de prestation font des expériences avec des mécanismes de recouvrement de coûts. En même temps, le secteur privé s'accroît dans plusieurs pays en voie de développement, créant ainsi dans un bon nombre de pays en voie de développement un environnement de compétition parmi les prestataires de soins. Au fur et à mesure que ces tendances se développent, les soucis s'accroissent concernant le besoin de créer des systèmes qui assurent la conformité aux normes de soins, dont l'habilitation et la certification des services aux fins de réglementation. SBM-R fournit un mécanisme simplifié pour améliorer la performance et la qualité des services de santé et **une marche-pied pour développer des systèmes d'assurance de la qualité**, favorisant une culture de mesurage continu de la performance, axé sur des standards objectifs de soins.

Décentralisation. Dans les organismes de santé du secteur public, la décentralisation ou la dévolution des responsabilités administratives et fiscales a résulté en une habilitation accrue à la prise de décisions au niveau local. Les gestionnaires locaux, pourtant, manquent souvent des connaissances et compétences essentielles pour la prestation de soins appropriés. En outre, le financement des soins de santé n'est pas complètement garanti par les décideurs au niveau central qui, d'ailleurs, n'ont souvent pas l'information et les connaissances nécessaires pour plaider pour ces besoins de manière efficace. Les allocations budgétaires décernées au niveau local reflètent souvent les priorités politiques de ceux qui sont au pouvoir et de leurs électeurs les plus influents. Les soins primaires, souvent considérés comme la préoccupation des femmes et des enfants, manquent souvent l'effort de plaidoyer nécessaire pour assurer un financement adéquat. La SBM-R déclare clairement les contributions nécessaires pour fournir les soins de santé, les processus à suivre et les résultats à atteindre. Elle fournit un **outil pour augmenter la capacité gestionnaire** et pour mettre en valeur les préoccupations concernant la qualité des soins et **mobiliser les ressources au niveau local**, réduisant ainsi le fardeau de la supervision externe.

La SBM-R n'est pas le seul moyen possible pour faire face aux défis de l'amélioration de la performance et de la qualité mais elle peut être un mécanisme puissant et pratique pour orienter, renforcer et aider les prestataires et les gestionnaires locaux à accomplir leurs tâches.

ETAPE UN : ETABLIR LES STANDARDS DE PERFORMANCE

DEFINIR LE NIVEAU DE PERFORMANCE SOUHAITE

La première étape du processus de SBM-R est de **définir en termes les plus claires et objectifs, le niveau de performance souhaité**. Ceci se fait en développant des standards de performance opérationnels pour les services qui doivent être améliorés, selon les principes suivants :

- Il faut maintenir la focalisation sur **le niveau de performance souhaité** à atteindre (une attitude proactive regardant vers l'avenir) et pas sur les problèmes (attitude réactionnelle). Il se peut que lors d'une discussion de problèmes qui ne mentionne pas la performance souhaitée, uniquement les problèmes les plus évidents soient soulevés et des problèmes importants soient négligés. En outre, l'acte de se focaliser sur les problèmes peut démoraliser les travailleurs qui doivent en rencontrer beaucoup au cours de leurs activités journalières ; ceci peut conduire à des reproches mutuels paralysants.
- Il importe de présenter les standards de performance **de manière opérationnelle** visant les processus concrets de la prestation des services. Les standards de référence, normalement inclus dans des guides de prestation de services, sont structurés autour de procédures techniques spécifiques. Par exemple, il y a des lignes de conduite techniques pour la prise en charge des soins maternels, la prévention de transmission du VIH de la mère à l'enfant, la planification familiale ou la prévention des infections. L'un des processus concrets de la prestation de services peut, cependant, intégrer des aspects de tous. En outre, cette intégration se fait dans une structure ayant des caractéristiques uniques. Les standards de performance opérationnels doivent refléter cette intégration concrète des processus de la prestation de services.
- Les standards de performance doivent non seulement montrer aux prestataires et aux gestionnaires **ce qu'il faut faire mais aussi comment le faire**. Ceci signifie que des critères de vérification détaillés (apport/structure, processus et résultats/indicateurs de résultats) doivent accompagner les standards de performance. Par exemple, il ne suffit pas de dire seulement aux prestataires qu'ils doivent effectuer un bilan rapide initial d'une femme enceinte en travail avant de l'admettre à la clinique. Les critères de vérification de ce standard de performance leur dit en plus, comment le faire correctement.
- Les standards de performance devraient couvrir un **domaine complet de prestation de services**, non seulement un aspect isolé. Cette approche systémique crée des opportunités pour créer des infrastructures de prestation de services plus intégrées et durables et facilite des synergies parmi les processus de santé. Par exemple, il se peut qu'un processus très focalisé pour les services de planification familiale aborde seulement l'aspect spécifique des connaissances et compétences du prestataire pour recommander une méthode de contraception. Les standards opérationnels de performance de la SBM-R aborderont, par contre, toute la gamme de processus de prestation de services nécessaire pour renforcer la prestation de planification familiale de manière plus globale, dont les aspects tels que le counseling, les visites de suivi, les systèmes de logistique, l'information sur la prestation de services et la prévention des infections.

- Les standards de performance doivent se baser sur l'évidence scientifique et incorporer les **opinions des prestataires, gestionnaires et clients de première ligne**. Par exemple, il se peut que l'intimité pour les clients lors des procédures n'ait pas grand impact sur le résultat final d'une procédure technique mais qu'elle soit importante du point de vue des clients. De même, les prestataires peuvent avoir des choix basés sur les conditions locales. Par exemple, il se peut qu'au lieu de quitter la zone de prestation de services pour se laver les mains entre tous les patients, ils préfèrent utiliser une solution d'alcool sans eau.

Les étapes pour développer les standards qui définissent le niveau de performance souhaité incluent les éléments suivants :

- Identifier les services à être améliorés
- Définir en détail les processus pour fournir ces services
- Elaborer les standards opérationnels de performance pour chacun des processus

IDENTIFIER LES SERVICES A ETRE AMELIORES

Voici la première question que les organismes de soins de santé doivent se poser : Quels services ont-ils besoin d'être améliorés : les services de santé maternelle et néonatale ? les services pédiatriques ? les services se rapportant au VIH/SIDA ? un ensemble intégré de services de base ? Ces services, faut-il les améliorer dans les hôpitaux de district ? dans les postes de soins primaires ? à travers un réseau de services ? Les réponses à ces questions dépendront des **but et stratégies de chaque organisme de santé**.

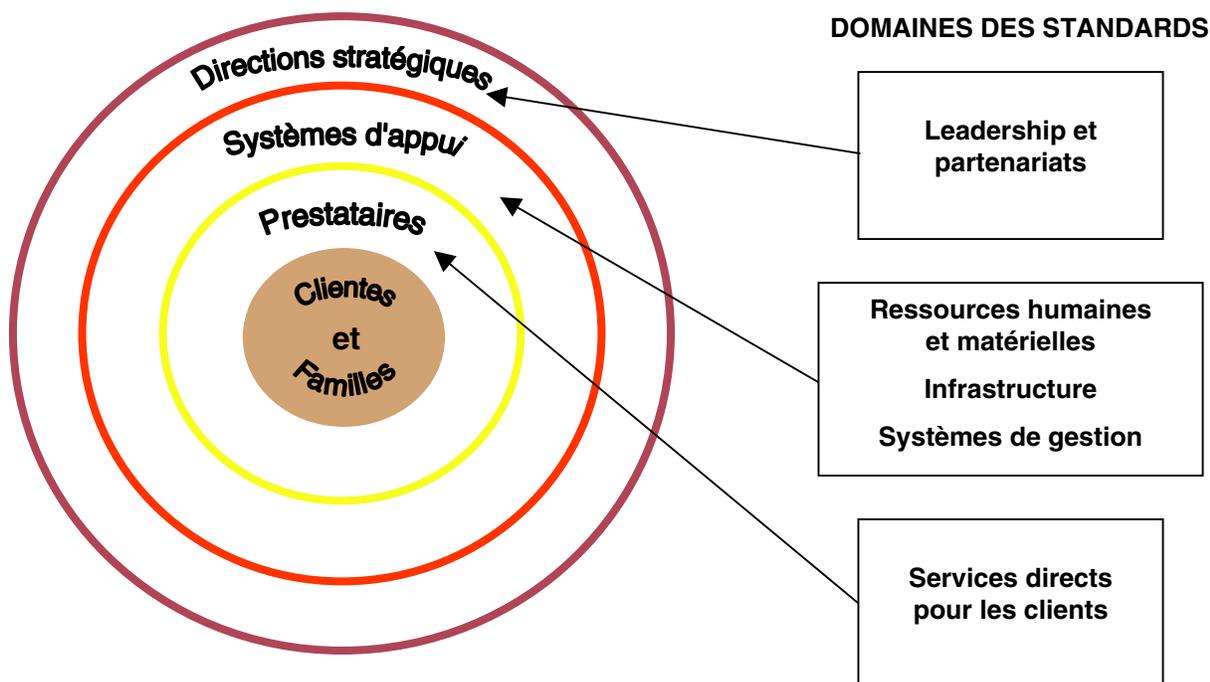
Les priorités pour la prestation de services sont normalement établies au niveau national par les ministères de la santé, prenant en compte les causes principales de la mortalité et morbidité, le fardeau des maladies, ainsi que des informations économiques et financières. Il se peut que les organismes privés, lorsqu'ils établissent leurs buts et stratégies, décident d'inclure aussi des considérations du marché telles la demande pour les services ou la volonté de payer, surtout si ce sont des organismes à but lucratif. Avec la décentralisation qui se fait dans beaucoup de pays, il arrive quelque fois que les autorités régionales ou locales prennent des décisions importantes concernant les buts et stratégies des services sanitaires. Récemment, des communautés organisées exercent de plus en plus d'influence sur l'établissement des priorités pour les services de santé. En conséquence, tel que discuté sous la rubrique « Définir l'initiative SBM-R » ; lorsque de multiples parties prenantes sont impliquées dans l'ensemble de services à être amélioré, un processus systématique et participatif s'impose pour créer le consensus et assurer la contribution la plus constructive de tous les intéressés.

DEFINITION DETAILLEE DES PROCESSUS FONDAMENTAUX ET D'APPUI SELECTIONNES POUR LES PRESTATIONS DE SERVICES

La prestation réussie d'un ensemble de services donné (identifié lors de l'étape ci-dessus) demande la mise en œuvre de fonctions combinées et alignées de différents niveaux d'une structure sanitaire. Les trois niveaux principaux de ces fonctions sont les suivants : **services directs aux clients ou services fondamentaux** (services de prévention, services cliniques de maladies aiguës et chroniques), **fonctions d'appui** (systèmes de gestion, tels les ressources humaines, la logistique et autres services ancillaires, etc.) et **direction stratégique** (leadership stratégique, planification, alliances et partenariats, etc.). Toutes ces fonctions sont importantes pour la prestation de services de haute qualité. Or, étant donné sa focalisation opérationnelle, la SBM-R se concentre sur les

services directs aux clients et aux fonctions d'appui. (Voir la **Figure 2** pour une représentation graphique de ces trois niveaux de fonctions.)

Figure 2. Infrastructure organisationnelle des services de santé



Adapté de : The Canadian Council on Health Services Accreditation 1995.

Les fonctions fondamentales ou services directs à sélectionner sont ceux qui sont essentiels pour la prestation efficace d'un ensemble de services. Par exemple, si le but de l'initiative est d'améliorer les services de santé maternelle et néonatale, les fonctions fondamentales pourraient être les soins prénatals, travail et accouchement, soins du post-partum et soins au nouveau-né, dont la prise en charge des complications. De même, il faut identifier les systèmes d'appui nécessaires pour la mise en œuvre réussie de ces fonctions fondamentales. Dans le cas de santé maternelle et néonatale, des exemples de fonctions d'appui clés sont : la banque de sang, le laboratoire, la stérilisation des instruments et autres pratiques de prévention des infections, la logistique pour les médicaments et les fournitures médicales et l'éducation et l'information de la cliente.

Mappage du processus

Après avoir identifié les fonctions fondamentales et les fonctions d'appui, il importe de comprendre les processus impliqués dans chacune de ces fonctions. Pour ce faire une méthode appelée **mappage du processus** s'avère être utile. Le mappage du processus aide les gens à réfléchir de manière rigoureuse et systématique aux processus qui doivent être en place pour effectuer correctement les fonctions d'importance critique à la prestation de services de santé.

Les cartes de processus (process maps) sont des diagrammes montrant à différents niveaux de détail ce qu'une organisation doit faire et comment elle devrait délivrer ses services. **Le mappage devrait montrer que les processus principaux sont en place, leurs activités clés, la séquence de ces activités, les contributions requises et les résultats à produire.** Nous pouvons utiliser le mappage du processus pour représenter les fonctions fondamentales (ou les services directs aux

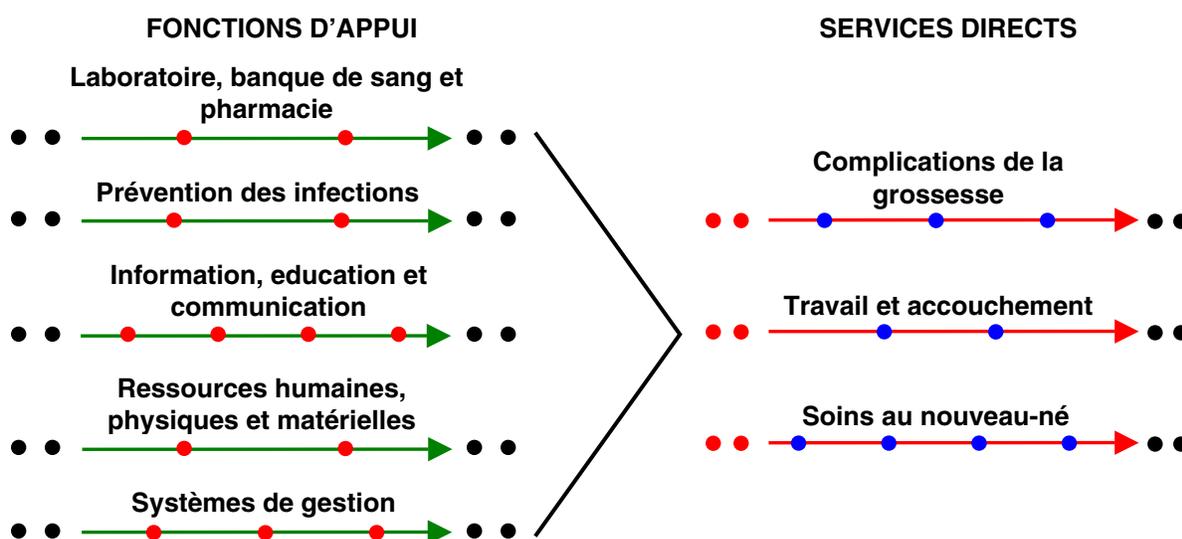
clients) et les fonctions d'appui des prestations de services. Une méthode facile pour dessiner la carte d'un processus serait un graphique linéaire ou séquentiel.

CONTRIBUTIONS-----PROCESSUS-----RESULTATS

Nous pouvons d'abord élaborer une représentation générale des processus principaux pour les fonctions fondamentales et les fonctions d'appui pour la prestation d'un ensemble de services donné. Par exemple, voici une représentation générale, pour les services de santé maternelle et néonatale (voir la **Figure 3**).

Figure 3. Exemple d'une carte de processus général de fonctions fondamentales et d'appui

*Les points représentent les intrants, les étapes du processus (sur la flèche) et les résultats



Il nous faut alors spécifier en détail les contributions, les étapes et les résultats de chaque processus. Par exemple, nous pouvons représenter le processus fondamental des soins prénatals ou l'appui au processus de la logistique des médicaments de la manière suivante :

CONTRIBUTIONS (personnel, équipement/matériel, infrastructure physique nécessaire)-----
 PROCESSUS (étapes à suivre)-----RESULTATS (résultats escomptés)

Ayant identifié les contributions correctes, les étapes des processus et les résultats des fonctions fondamentales et d'appui, nous sommes prêts à développer les standards de performance opérationnels.

ELABORATION DES STANDARDS DE PERFORMANCE OPERATIONNELS

Les standards de performance opérationnels sont les précisions ou exigences pour les contributions, les étapes des processus et les résultats pour chaque fonction fondamentale et d'appui identifiée. Ces précisions ou exigences se trouvent dans les manuels de référence techniques, les PNP de services et les normes. En plus, les opinions des prestataires de services expérimentés et les attentes des clients doivent être incorporées, de la manière qui sera décrite en détail dans les sections suivantes.

Chaque processus fondamental et d'appui devrait comporter ses contributions, processus et résultats identifiés et présentés en séquence. Les standards de performance ainsi développés sont organisés selon les fonctions fondamentales et d'appui dans un outil d'évaluation qui fait état du niveau de performance souhaitée à atteindre. Voir le **Tableau 2** pour des exemples de standards de performance pour la fonction fondamentale de travail et accouchement pour la santé maternelle et néonatale et le **Tableau 3** pour un exemple des grandes lignes d'un outil d'évaluation pour les soins maternels et néonataux, montrant le nombre de standards développés par domaine, représentant les fonctions fondamentales et d'appui.

Tableau 2. Exemples de standards de performance

STANDARDS DE PERFORMANCE POUR LE TRAVAIL, L'ACCOUCHEMENT ET LES SOINS AU NOUVEAU-NE
<p>Contributions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La structure a au moins le minimum de ressources humaines nécessaires pour les services de travail et accouchement 24 heures sur 24. ■ La zone pour le travail et l'accouchement est équipée d'une infrastructure physique appropriée, meubles et équipement. ■ La zone pour les soins immédiats au nouveau-né a les meubles et l'équipement appropriés. ■ La structure dispose d'une zone désignée pour les soins immédiats du post-partum. ■ Le bloc opératoire a suffisamment de place et d'équipement pour effectuer des césariennes et autres procédures obstétricales d'urgence. ■ Les médicaments pour les soins obstétricaux essentiels sont disponibles et accessibles dans la zone de travail et d'accouchement.
<p>Processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La structure a un système pour effectuer un bilan initial rapide de la femme enceinte en travail pour identifier les complications et accorder la priorité d'hospitalisation. ■ Le prestataire accueille cordialement la femme enceinte en travail. ■ Le prestataire passe en revue la fiche de la femme en travail et remplit correctement les antécédents cliniques. ■ Le prestataire exécute correctement l'examen physique, obstétrical et vaginal. ■ Le prestataire prépare et met en œuvre un plan, selon les constatations des antécédents et de l'examen physique. ■ Le prestataire utilise le partogramme pour surveiller le travail et adapter le plan de naissance. ■ Le prestataire aide la femme à bénéficier d'un accouchement hygiénique et sûr. ■ Le prestataire effectue correctement la prise en charge active du troisième stade du travail. ■ Le prestataire effectue correctement les soins du post-partum immédiat. ■ Le prestataire effectue correctement un bilan rapide initial et assure les soins immédiats au nouveau-né. ■ Le prestataire élimine correctement les instruments utilisés et les déchets médicaux après avoir assisté à l'accouchement. ■ Le prestataire identifie correctement les complications du travail et de l'accouchement et les prend en charge. ■ Le prestataire identifie correctement l'asphyxie du nouveau-né et la prend en charge.
<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le partogramme est utilisé correctement pour 100% des cas de travail et d'accouchement. ■ La prise en charge active du travail est effectuée pour 100% des accouchements. ■ Les taux de morbidité et mortalité maternelles et néonatales sont entre les limites de la déviation désirée.

Tableau 3. Exemple d'un canevas pour un outil d'évaluation pour les soins maternels et néonataux (indiquant le nombre total de standards de performance par domaine)

DOMAINES	STANDARDS
Fonctions fondamentales	
Complications de la grossesse	16
Travail, accouchement, délivrance, soins immédiats du post-partum et du nouveau-né	27
Fonctions d'appui	
Services d'appui (laboratoire, banque de sang, pharmacie)	24
Prévention des infections	18
Information, éducation et communication	5
Ressources humaines, physiques et matérielles	23
Systèmes de gestion	10
Total	123

Cependant, il ne suffit pas de définir simplement les standards de performance. Les standards de performance opérationnels définissent ce qu'il faut faire. L'outil d'évaluation de la performance doit aussi définir en détail comment atteindre les standards de performance et présenter cette information de manière objective pour qu'elle soit facilement suivie et vérifiée, par exemple, par une liste de vérification.

Donc, dans l'outil d'évaluation de la performance, chaque standard de performance a des critères objectifs d'évaluation, organisés en tant que liste de vérification pratique qui nous guide à déterminer si le standard est atteint, oui ou non. Pour faciliter la mise en œuvre et l'interprétation objective des résultats, les critères de vérification normalement utilisés dans l'outil d'évaluation ont une réponse dichotomique : « Oui » (si la caractéristique étant observée est présente) ou « Non » (si la caractéristique est absente ou si elle est exécutée de manière incorrecte).

L'outil d'évaluation de la performance est organisé en quatre colonnes : standards de performance, critères de vérification, réponses pour les critères de vérification et commentaires (voir le **Tableau 4**).

DIRECTIVES POUR LES METHODES DE RECUEIL DE DONNEES

Pour utiliser l'observation structurée directe :

- Se présenter et expliquer la raison pour l'évaluation
- Utiliser l'outil d'évaluation pour guider l'observation
- Ne pas donner de feedback au cours de l'évaluation
- Etre objectif et respectueux lors de l'évaluation

Pour réaliser une revue de documents :

- Se présenter et expliquer la raison pour l'évaluation
- Identifier les sources correctes de l'information (par exemple : fiches administratives, statistiques, fiches de services)
- Réviser les documents à l'aide de l'outil d'évaluation
- Poser des questions aux personnes responsables des domaines à évaluer et/ou leur demander de compléter et/ou clarifier l'information
- Etre objectif et respectueux lors de l'évaluation

Pour mener des interviews :

- Se présenter et expliquer la raison pour l'évaluation
 - Identifier le membre du personnel qui effectue normalement les activités ou les procédures
 - Mener une interview avec le membre du personnel, à l'aide de l'outil d'évaluation
 - Enquêter pour obtenir des informations précises ; ne pas présumer les réponses
 - Demander à la personne de montrer les documents, l'équipement ou le matériel, si pertinent
 - Etre objectif et respectueux lors de l'évaluation
-

Un standard de performance est atteint lorsque tous ses critères de vérification atteignent la réponse « Oui ». Nous pouvons alors voir combien de standards ont été atteints et l'exprimer dans un score (en nombres absolus et/ou comme pourcentage du total). Pour faciliter la présentation des résultats, l'outil d'évaluation de la performance comporte une fiche sommaire montrant le nombre/la proportion des standards atteints, par domaine et au total. Le **Tableau 5** est un exemple d'une fiche qui résume les résultats de counseling et de tests pour le VIH.

Tableau 5. Exemple d'une fiche sommaire

DOMAINES	TOTAL DES STANDARDS PAR DOMAINE	STANDARDS ATTEINTS	
		Nombre	Pourcentage
Education en groupe avant le test	6		
Test préalable au counseling individuel	7		
Test pour le VIH	9		
Counseling individuel après le test	12		
Systèmes d'appui pour le counseling et les tests	11		
Total	45		

L'outil d'évaluation de la performance présente des standards d'une gamme de niveaux de complexité. Tel qu'illustré ci-dessous, des défis rigoureux, mais à la portée des prestataires, constituent la motivation de ceux qui sont engagés dans le processus, tandis que les défis moins

complexes, « à portée de main » créent des opportunités pour les succès précoces, motivant ainsi les agents de santé.

Des exemples d'outils d'évaluation utilisés pour différents programmes et pays sont présentés en annexe et sur un CD-ROM qui accompagne ce Guide opérationnel. Ces programmes ont été développés selon le processus ébauché dans le Guide opérationnel. Il se peut que les gestionnaires et les prestataires de santé trouvent le passage en revue et l'adaptation de ces outils à leur situation particulière plus facile que de développer de nouveaux outils en partant de zéro.

ETAPE DEUX : MISE EN ŒUVRE DES STANDARDS

Après avoir développé les standards de performance opérationnels, la prochaine tâche—la plus importante—est de les mettre en pratique. Le processus de la mise en œuvre des standards de performance est simple. Il nous faut d'abord être conscient de la manière actuelle de prestation des services, comparée à la performance souhaitée et déterminer s'il y a des lacunes de performance et, s'il y en a, les identifier. Nous examinons alors les causes potentielles de ces lacunes et nous identifions les interventions pour les corriger. Enfin, nous devons mettre en œuvre ces interventions.

ENQUETE DE BASE ET IDENTIFICATION DES LACUNES DE PERFORMANCE

On mène une analyse de la ligne de base, appelée «enquête de base», à l'aide de l'outil d'évaluation pour montrer la manière dont les services fonctionnent. Lors de cette analyse, nous devons déterminer lesquels des standards sont atteints et lesquels ne le sont pas et voir si tous les critères de vérification sont présents pour évaluer chaque standard. Lorsque l'évaluateur note ses constatations dans l'outil d'évaluation il lui faut non seulement déterminer si un critère a été atteint mais aussi utiliser l'espace prévu pour le commentaire pour noter toutes les remarques qui pourraient aider plus tard à identifier les causes de la lacune.



Photo de : Lucy Ramirez

Analyse des résultats de l'enquête de base au Mozambique

Les résultats de l'enquête de base sont présentés sous forme quantitative : nombre de standards atteints et pourcentage des standards atteints par rapport au total. Cette présentation quantitative des résultats (un score) offre la base pour la surveillance subséquente des activités (voir le **Tableau 6**).

Tableau 6. Exemple d'une fiche sommaire

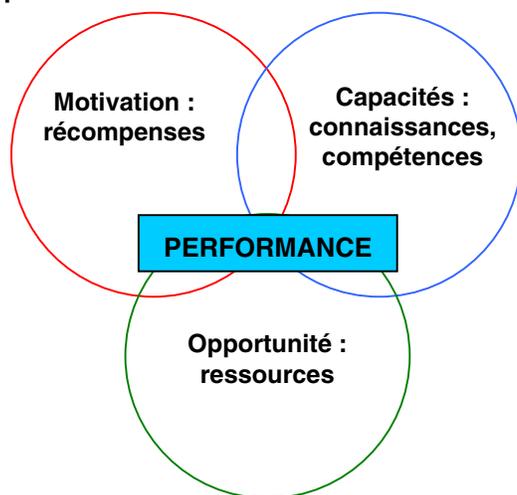
DOMAINES	TOTAL DES STANDARDS PAR DOMAINE	STANDARDS ATTEINTS	
		Nombre	Pourcentage
Education en groupe avant le test	6	4	67
Test préalable au counseling individuel	7	5	71
Test pour le VIH	9	8	89
Counseling individuel après le test	12	6	50
Systèmes d'appui pour le counseling et les tests	11	8	73
Total	45	31	69

Les standards qui ne sont pas atteints constituent les lacunes de performance. Les critères de vérification dans l'outil d'évaluation de la performance montreront si ces standards manquent complètement ou en partie, facilitant ainsi l'identification des causes des lacunes et des interventions y afférentes. Comme dans l'exemple des résultats de l'enquête de base (**Tableau 6** ci-dessus), on peut se faire un « instantané » de l'ampleur de toutes les lacunes par domaine et en général et présenter les résultats de l'enquête de base en pourcentages.

CAUSES DES LACUNES DE PERFORMANCE

Quelles sont les causes les plus fréquentes des lacunes de performance ? Trois conditions influencent la performance : les capacités, l'opportunité et la motivation. Les capacités existent lorsque la personne **sait ce qu'il faut** faire ou, en d'autres mots, possède l'information, les connaissances et compétences pour effectuer le travail. L'opportunité signifie que la personne **est habilitée** à effectuer le travail, ayant, par exemple, les ressources appropriées et les outils pour ce travail. La motivation existe si la personne **veut bien faire** la tâche. La motivation se relie au dynamisme de la personne pour accomplir une tâche. Ces trois conditions doivent être présentes en équilibre—aucune ne doit être négligée/omise ni trop soulignée—pour atteindre la performance souhaitée (voir la **Figure 4**).

Figure 4. Influences sur la performance



Dans chacun de ces trois domaines il existe des facteurs se rapportant aux travailleurs individuels et d'autres facteurs correspondant à l'environnement dans lequel ils travaillent. Cette distinction est importante parce que la plupart du temps les questions au niveau de la performance se rapportent à l'environnement organisationnel. Par exemple, dans le domaine des capacités, avoir les connaissances et les compétences nécessaires relève du travailleur individuel mais fournir l'information exacte sur la nature du travail, les attentes au niveau de la performance et le feedback sur le travail accompli relèvent du niveau organisationnel. De même, pour ce qui est de l'opportunité, fournir les ressources et les outils est la responsabilité de l'organisation mais chaque prestataire individuel a des capacités physiques, mentales et émotionnelles différentes pour réaliser la tâche. La motivation est également un facteur intrinsèque relevant de chaque individu, mais fournir les motivations adaptées pour la renforcer est une responsabilité organisationnelle. Les causes des lacunes que nous identifions en utilisant l'outil d'évaluation lors de l'enquête de base se rapporteront probablement à l'une ou à plusieurs des six catégories identifiées par Gilbert (1996) (voir la **Figure 5**).

Figure 5. Facteurs de performance de Gilbert

	Capacités	Opportunité	Motivation
Environnement	Information	Ressources	Récompenses
Individuel	Connaissances	Capacités	Motivation

Adapté de : Gilbert 1996.

Méthodes pour identifier les causes des lacunes de performance

Comment pouvons-nous savoir laquelle parmi toutes les causes potentielles est celle qui cause les lacunes ? Il existe plusieurs méthodes qui peuvent nous aider à cette tâche. L'analyse des causes peut commencer par des méthodes plus simples, moins coûteuses et moins structurées.

L'approche la plus simple est de poser des questions directement. Qu'est-ce qui pourrait être la cause de cette lacune ? C'est une question que l'on pourrait poser à soi-même, aux collègues ou aux experts. Les techniques qui nous aident en ce cas sont l'intuition, la création de réseaux (networking) et l'utilisation de l'expérience des experts. (Voir les définitions ci-dessous.)

Parfois il n'est pas possible d'obtenir une réponse utile à une question directe et nous devons commencer à identifier et examiner une gamme de possibilités. Des techniques telles que le remue ménages (brainstorming), la technique du groupe nominal, le diagramme de l'arrête centrale d'un poisson, l'analyse interactive des forces (force-field analysis) ou les organigrammes graphiques de circulation nous aide à explorer systématiquement un nombre de causes potentielles liées à une lacune de performance. D'autres techniques, telles que le graphique pour suivre les tendances (run chart) ou le graphique de Pareto, qui demandent l'utilisation de données, nous permettent d'établir des liens entre les causes potentielles et autres événements temporels ou se rapportant à la fréquence et aux tendances. (Voir plus bas une brève description de ces techniques.)

TECHNIQUES MOINS STRUCTUREES POUR L'ANALYSE DES CAUSES

Intuition : L'intuition est la connaissance immédiate de quelque chose sans raisonnement conscient et logique. L'esprit est capable de saisir de petites variations ou des détails qui semblent être sans importance mais qui, en vérité, pourraient être la clef pour résoudre un problème. L'intuition semble être un trait hautement personnel et tout le monde n'a pas ce don.

Création de réseaux (Networking) : C'est une technique qui démontre qu'il n'est pas nécessaire de répéter le même type d'analyse chaque fois que l'on observe une lacune de performance. Il se peut qu'il soit utile de parler à d'autres qui ont fait face à ces mêmes contraintes ou à des contraintes similaires qu'ils ont comblées.

Expérience : Impossible à enseigner ; elle doit être acquise. L'un des moyens pour profiter de l'expérience d'autrui est de consulter des experts individuels ou un groupe d'experts. Pour obtenir une orientation utile à une question spécifique et pour éviter des préjugés il importe de consulter plusieurs opinions.

Remue méninges (Brainstorming) : Permet de générer un bon nombre d'idées à propos d'un thème sans les critiquer ou les juger.

Technique du groupe nominal : Permet à une équipe d'arriver rapidement à un consensus sur l'importance relative des questions en incorporant les classements individuels dans les priorités finales de l'équipe.

Diagramme de l'arête centrale d'un poisson : Présente en forme graphique toutes les causes possibles liées à une question ou une condition pour en découvrir les causes fondamentales (appelées aussi causes primaires).

Analyse interactive des forces : Aide à identifier les forces ou facteurs qui favorisent la résolution d'un problème ou qui s'y opposent.

Organigramme graphique de circulation : Facilite la compréhension d'un processus en identifiant ses événements et leur séquence.

Graphique pour suivre les tendances (Run chart) : Permet à une équipe d'étudier des données observées de tendances ou de caractéristiques lors d'une période de temps spécifiée, à l'aide d'un simple graphique linéaire.

Graphique de Pareto : Permet à une équipe de focaliser ses efforts sur les problèmes offrant le plus grand potentiel d'amélioration en montrant leur fréquence ou dimension relative par un graphique en tuyaux d'orgue descendant (la règle de 80/20 : 80 pour cent des lacunes de performance sont dus à 20 pour cent des causes).

Les avantages des techniques moins structurées sont qu'elles sont plus rapides, qu'elles permettent de découvrir les problèmes cachés et permettent à l'utilisateur d'arriver à des conclusions abstraites. Leurs inconvénients sont qu'elles tendent à la subjectivité, qu'elles sont difficiles à enseigner à d'autres parce qu'elles dépendent de caractéristiques personnelles, qu'elles demandent des connaissances du thème et qu'elles ont une probabilité élevée d'échec. Néanmoins, ces techniques peuvent être très utiles lorsque nous cherchons les causes des lacunes identifiées.

En certaines situations, l'identification de la cause d'une lacune de performance demande une analyse plus spécialisée et plus sophistiquée. Cela peut se faire en utilisant des techniques plus structurées qui explorent de manière plus rigoureuse les relations entre une cause potentielle soupçonnée et la lacune de performance. Des méthodes telles que l'analyse du changement, l'analyse des barrières, l'analyse des événements et facteurs causatifs et les diagrammes d'arbre peuvent être utiles pour cette tâche mais il se peut qu'elles nécessitent un soutien spécial. (Voir ci-dessous une courte description de ces techniques.)

TECHNIQUES PLUS STRUCTUREES POUR L'ANALYSE DES CAUSES

Analyse du changement : Se constitue d'une analyse systématique de l'effet du changement au sein d'un système (par exemple : l'introduction d'une nouvelle procédure clinique ou d'un nouveau membre du personnel).

Analyse des barrières : Se fait en menant une analyse du fonctionnement de barrières conçues pour prévenir des événements indésirables (par exemple : les barrières de sécurité conçues pour éviter des accidents pendant l'anesthésie).

Analyse d'événements et de facteurs de cause : Cette analyse est effectuée en examinant la séquence et la chronologie des événements et des conditions afférentes qui en résultent (par exemple : l'analyse des décès maternels dans un hôpital).

Diagrammes d'arbre : Une exposition graphique d'un événement, de chacun des facteurs contribuant et des causes qui, à leur tour, conduisent aux facteurs contribuant, en forme d'un arbre dont les branches s'étendent successivement jusqu'à ce que l'on trouve les facteurs finaux contribuant.

Les avantages des techniques plus structurées sont les définitions plus claires du processus étant analysé, la possibilité de répétition, une meilleure documentation et la disponibilité de la littérature qui les décrit. Les inconvénients sont la formation, le temps et les coûts nécessaires et la possibilité d'obtenir des résultats influencés par les méthodes utilisées ou les préjugés introduits par leur structure.

On peut identifier la cause ou les causes des lacunes de performance observées en utilisant un ensemble de ces techniques, en commençant par les plus simples. En analysant les causes des lacunes, nous devons être conscients du fait qu'il existe divers niveaux de causes :

- **Symptômes :** Les symptômes ne sont pas de véritables causes ; ils sont des manifestations du fait que quelque chose ne marche pas. Par exemple, si l'équipement de stérilisation dans un hôpital tombe souvent en panne, le symptôme est le manque d'équipement et de matériel médical stérilisés. Il est possible de remédier à des symptômes avec des **remèdes rapides**. Dans l'exemple présenté, on pourrait envoyer l'équipement et le matériel à un autre hôpital pour être stérilisés.
- **Cause apparente :** est la raison immédiate ou évidente d'une lacune. Faisant suite à l'exemple précédent, la cause apparente est que l'équipement de stérilisation est tombé en panne. La solution serait de réparer l'équipement. On peut résoudre les causes apparentes à l'aide de **mesures correctives**.

- **Cause fondamentale** ou **cause primaire** : C'est la raison la plus fondamentale d'une lacune de performance. Dans l'exemple ci-dessus, la cause fondamentale pourrait être le fait que l'équipement de stérilisation ne soit pas correctement utilisé et ne reçoive pas les soins d'entretien nécessaires. Ce n'est qu'en éliminant la cause fondamentale que l'on peut **éviter la récurrence** de la lacune.

Arriver à la cause fondamentale est souvent un processus de tâtonnements et il est souvent difficile de savoir la véritable cause d'une lacune. En ces cas, il est important d'agir en fonction des causes apparentes et même des symptômes. Les mesures correctives et les remèdes rapides peuvent aider à obtenir des résultats rapides et visibles et à créer une dynamique pour le changement.

IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS APPROPRIÉES POUR COMBLER LES LACUNES DE PERFORMANCE

Une fois les causes des lacunes de performance identifiées, la prochaine étape est de décider des interventions appropriées pour les corriger ou les éliminer. Voici certaines des interventions qui abordent les lacunes se rapportant aux capacités, à l'opportunité et à la motivation :

- **Capacités** : Si la personne manque de connaissances et/ou de compétences pour effectuer les tâches ou si elle manque d'information concernant la tâche, dont la communication des attentes de la performance ou l'évaluation du travail accompli (le feedback), la réponse appropriée est de mettre en œuvre **des interventions d'apprentissage, de fournir de l'information concernant la tâche ou de donner le feedback**.
- **Opportunité** : Si la personne manque d'outils et/ou de ressources pour effectuer le travail ou si les tâches sont mal organisées ou ne correspondent pas aux capacités de la personne, les interventions appropriées seraient de **fournir des ressources, redistribuer la charge de travail ou re-concevoir les processus du travail**.
- **Motivation** : Si la personne manque de motivation pour effectuer le travail ou s'il n'existe pas de système significatif de conséquences de la performance, l'intervention appropriée serait de **rehausser la motivation ou créer un système de conséquences de la performance, dont des récompenses**, alignées avec les buts de la performance établis.

Le **Tableau 7** montre en détail les caractéristiques des interventions possibles pour des causes spécifiques identifiées.

Tableau 7. Exemples d'interventions par facteur de performance (type de cause)

TYPE DE CAUSE	EXEMPLES D'INTERVENTIONS
Liée aux capacités	
Manque d'information	<ul style="list-style-type: none"> ■ Créer des standards pour le poste ■ Etablir les attentes du travail/de la performance ■ Communiquer les attentes du travail/de la performance ■ Fournir le feedback ■ Fournir des aides de travail
Manque de connaissances et/ou de compétences	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apprentissage naturel par l'expérience (internat, affectation à une équipe) ■ Formation en cours de travail/Formation structurée en cours de travail ■ Exercices de simulation/Jeux de rôle ■ Formation en salle de classe/pratique au laboratoire (séminaires, ateliers, pratique de gestes sur les modèles anatomiques) ■ Auto-apprentissage/apprentissage à distance (instruction programmée avec matériel imprimé, systèmes d'apprentissage avec multimédias interactives) ■ Apport de conseils d'un mentor (collègue ou superviseur expérimenté)
Liés à l'opportunité	
Manque de ressources et/ou d'outils	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apport de ressources (temps, outils, équipement, personnel, procédures) ■ Apport d'appui administratif et technique (supervision, monitoring régulier et systèmes d'appui)
Capacités inadéquates	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sélection du personnel (la personne correcte pour le travail convenable) ■ Redistribution des responsabilités/de la charge du travail ■ Elimination des interruptions du travail ■ Re-concevoir les processus du travail
Liées à la motivation	
Manque de récompenses	<p>Apport de récompenses/conséquences de la performance :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Feedback ■ Rapports positifs dans les dossiers ■ Reconnaissance sociale (cérémonies, certificats, récompenses symboliques, statut amélioré) ■ Opportunités de développement professionnel ■ Récompenses matérielles (promotions, honoraires en fonction de la performance, primes) ■ Apport de ressources supplémentaires
Manque de motivation	<p>Renforcer la motivation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Souligner l'impact des actions, de la performance et de la valeur du travail ■ Opportunités de développement personnel ■ Sécurité d'emploi ■ Défis rigoureux mais réalisables ■ Compétition saine ■ Occasions pour atteindre des résultats

Adapté avec la permission de : Stolovitch HD et EJ Keeps. 1999. Getting Results Through Performance Consulting. Copyright®1999 Harold D. Stolovitch et Erica J. Keeps.

MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

La mise en œuvre des interventions commence par le développement de plans opérationnels. Ces plans sont des outils relativement simples ébauchant les lacunes et les causes à éliminer, l'intervention spécifique à mener, la/les personne(s) chargée(s) du travail, le délai à respecter et tout appui spécial nécessaire. L'identification du personnel responsable et du délai à respecter sont extrêmement importants parce que ces rubriques permettent un suivi plus efficace des activités indiquées dans le plan. Des équipes de prestataires de services/gestionnaires de structures sanitaires travaillant dans divers domaines de prestation de services devraient développer des plans opérationnels après avoir effectué leur analyse de ligne de base. Un exemple d'une fiche de plan opérationnel se trouve dans le **Tableau 8**.

Tableau 8. Exemple d'une fiche de plan opérationnel

LACUNE/ CAUSE	INTERVENTION/ ACTION	RESPONSABLE	APPUI	DELAI A RESPECTER

Lors de la phase de mise en œuvre il est important de considérer les points suivants :

- C'est normalement un petit groupe **d'agents de change et de champions engagés** qui initient le processus d'amélioration. Il est rare de trouver un appui général d'une nouvelle initiative d'amélioration. Au contraire, la résistance et le scepticisme sont plus typiques (« on n'a pas le temps, pas de ressources... ») émanant des expériences frustrantes des prestataires par le passé. Il est donc d'importance capitale d'identifier les champions engagés pour l'initiative et de les inclure dans les efforts initiaux d'amélioration. En outre, il sera important de sélectionner et préparer un groupe d'agents de changement qui pourront servir d'encadreurs pour les efforts d'amélioration. (Voir le chapitre, « Faciliter la SBM-R » pour un processus proposé pour la sélection et la formation des encadreurs.)
- La mise en œuvre se fonde sur **l'action en groupe**. La plupart des processus de prestation de services ne dépendent pas des actions d'un seul prestataire ; ils sont le résultat d'efforts d'équipe. Voilà pourquoi il importe d'étendre le groupe de personnes engagées au-delà du groupe initial de champions. On peut organiser les équipes par domaine ou par processus spécifique de prestation. Chaque équipe de domaine devrait analyser les résultats du bilan de la performance, développer un plan opérationnel en conséquence et mettre en œuvre et superviser les activités d'amélioration.
- Il est utile de travailler avec des **réseaux de services**. La mise en œuvre de processus d'amélioration est une tâche plus difficile pour une personne travaillant seul. Le fait de travailler au sein d'un réseau de services ou de structures similaires qui peuvent échanger leurs expériences et fournir un appui mutuel favorise généralement l'atteinte de changements positifs.
- Le processus met l'accent sur **l'action du bas en haut avec implication des clients et de la communauté**. Un but clé du processus de SBM-R est de fournir aux prestataires locaux, leurs

clients et la communauté qu'ils servent des outils pratiques qui les habilitent et qui accroissent leur contrôle du processus de prestation de services de santé. Les clients et les communautés ne sont pas vus comme des bénéficiaires passifs des activités de santé mais comme partenaires essentiels dans le processus de soins de santé. Dans la mesure du possible, des représentants des clients et de la communauté devraient faire partie des équipes d'amélioration, des plans et des activités.

- Il importe de se rappeler que les **compétences de gestion de changement se développent graduellement.**

Commencer le processus en s'occupant des domaines de moindre résistance évite la démoralisation du personnel au début à cause de la complexité des défis rencontrés. Débuter de cette manière en profitant d'actions « à portée de main » aide à obtenir des résultats rapides qui motivent et habilitent les équipes locales et développent leurs capacités de gestion du changement, augmentent la visibilité de l'initiative et créent la dynamique pour le changement. Des interventions promptes et même les remèdes rapides peuvent être utiles au début du processus.



Photo de : Escolastica Moura

- Lorsque un appui externe supplémentaire est nécessaire pour aborder certaines lacunes de performance, il faut le fournir à l'aide des équipes locales là où c'est nécessaire et en temps voulu (assistance technique « au bon moment »). Au cours du processus d'amélioration, les structures sanitaires et les prestataires individuels devraient pouvoir accéder à divers types d'assistance technique pour identifier les causes des lacunes de performance afin de concevoir et mettre en œuvre les interventions appropriées. Cependant, dans la mesure du possible, cette assistance devrait être fournie sur la demande provenant du niveau local. Les équipes conscientes de leurs besoins en matière d'assistance technique peuvent la demander et l'utiliser de manière plus efficace.

Assistance technique « au bon moment » chez PROQUALI au Brésil

ETAPE TROIS : MESURER LES PROGRES

Le **mesurage continu** est utilisé comme mécanisme pour guider le processus, informer les prises de décisions administratives et renforcer le mouvement vers le changement. Par le biais de mesurer continuellement, les gestionnaires, prestataires et communautés peuvent superviser les processus, évaluer le succès des interventions, identifier les lacunes qui résistent et introduire dans leur plan les modifications nécessaires. L'action de mesurer donne aussi aux gestionnaires et aux prestataires des cibles quantitatives. Le fait d'atteindre des progrès vers des cibles quantitatives a un effet motivant important sur ceux qui sont impliqués dans le processus d'amélioration.

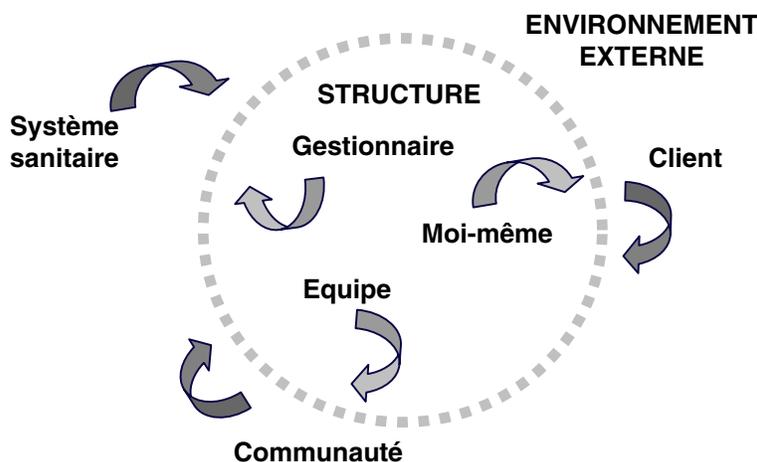
TYPES D'EVALUATIONS

Le mesurage continu se fonde sur la mise en œuvre périodique d'évaluations de suivi à l'aide de l'outil d'évaluation de la performance. Les évaluations peuvent être réalisées de plusieurs manières :

- L' **auto-évaluation** encourage les prestataires individuels à évaluer leur propre travail. Les prestataires utilisent l'outil d'évaluation comme aide de travail pour vérifier s'ils suivent les étapes standardisées recommandées lors de leur prestation de soins. Ils peuvent effectuer ces évaluations aussi souvent qu'ils désirent ou qu'il est nécessaire.
- Les **évaluations internes** sont mises en œuvre au sein de la structure par le personnel. Elles peuvent prendre la forme d'une **évaluation de paires** lors de laquelle le personnel de la structure utilise l'outil d'évaluation pour s'évaluer mutuellement, ou d'une **évaluation interne de monitoring**, par laquelle les gestionnaires ou les prestataires utilisent l'outil de manière plus complète pour évaluer périodiquement les services en cours d'amélioration. Il est recommandé que ce dernier type d'évaluation ait lieu tous les 3 à 4 mois.
- Les **évaluations externes** sont mises en œuvre par des personnes venant de l'extérieur de la structure. Des ministères de la santé centraux/régionaux/de district, du personnel administratif d'organisations de santé privées ou d'autres organismes autorisés mènent normalement ces évaluations. Elles peuvent prendre la forme de **supervision facilitant** si le but de la visite et de l'évaluation est de fournir l'appui pour identifier les lacunes de performance et les interventions, ou la forme d'une visite de **vérification et d'évaluation** si l'objectif de la visite est de confirmer l'adhérence aux standards recommandés pour justifier la reconnaissance. Dans le cas des évaluations de vérification, il est souhaitable que des représentants des clients et des communautés desservies prennent part au processus de manière appropriée. Par exemple, un représentant de ces groupes pourrait agir comme membre de l'équipe menant l'évaluation de la structure. Bien que le feedback des clients (fourni souvent pendant ou après la prestation de services) ne soit pas une forme d'évaluation, on peut le considérer comme partie des commentaires externes sur la performance de la structure et les prestataires et les administrateurs devraient le prendre en compte.

Ces différents types d'évaluation à plusieurs niveaux créent un système de sources d'appui et de contrôle pour le processus, qu'on pourrait appeler un **système multidimensionnel** (voir la **Figure 6**). Ce système présume qu'aucun mécanisme d'appui n'est parfait. Il crée donc des mécanismes multiples ou des sauvegardes permettant des perspectives différentes et la continuité du monitoring et d'appui pour le processus. Ce type de système de supervision, s'appuyant sur des mécanismes multiples, internes et externes de la structure, opérant simultanément, est aussi plus durable.

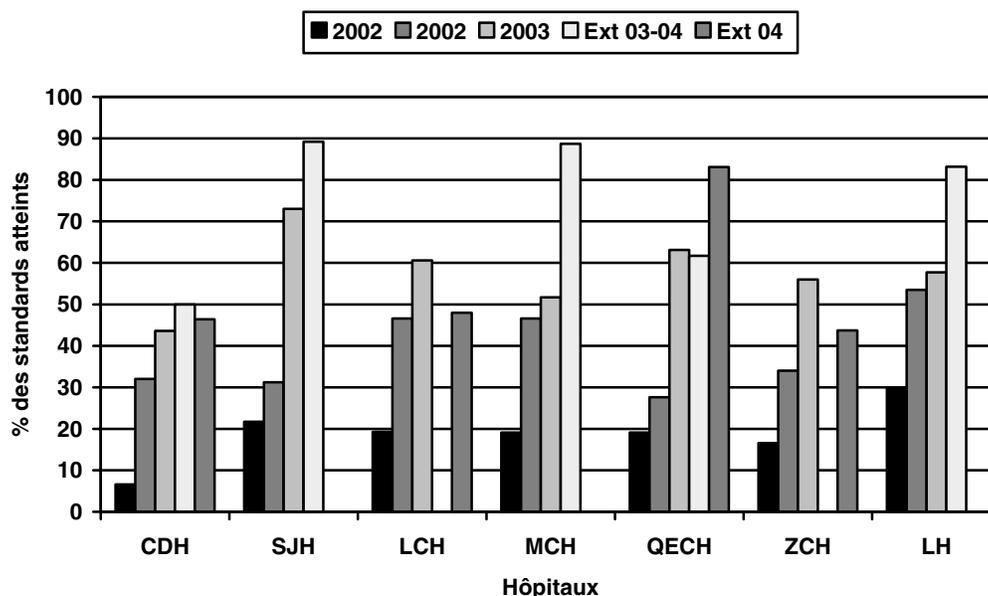
Figure 6. Supervision multidimensionnelle



L'utilisation de données quantitatives et comparables pour évaluer les niveaux de performance a une autre conséquence très importante : en se basant sur de l'information objective, les structures sanitaires sont en mesure de partager leurs meilleures pratiques et de profiter de leurs expériences mutuelles. Ce processus s'appelle « **établir des repères** » ou « **benchmarking**. » (Voir le chapitre « Gérer le processus de changement » pour de plus amples informations sur le « benchmarking ».)

Il importe de noter que les mesures effectuées avec l'outil d'évaluation de la performance sont utiles à des fins de gestion, tant qu'elles sont une approximation raisonnable de la réalité mais qu'elles ne sont pas une évaluation scientifique. Le niveau de certitude de l'évaluation augmente progressivement avec un mesurage répété avec le temps parce que chaque évaluation subséquente capture probablement des aspects différents de la réalité. La **Figure 7** ci-dessous montre le pourcentage de standards atteints dans sept hôpitaux au Malawi lors de trois évaluations internes et deux évaluations externes. Un avantage évident de ce type d'information d'encadrement est la rapidité avec laquelle elle est communiquée, ce qui la rend très utile pour la prise de décisions continue. L'information au niveau scientifique de certitude est pourtant nécessaire pour effectuer des évaluations plus approfondies ou spécialisées de la qualité et la performance.

Figure 7. Exemple du mesurage des progrès (graphique montrant le respect des standards sur une période de temps dans sept hôpitaux au Malawi)



ETAPE QUATRE : RECONNAITRE LES REUSSITES

L'élément de motivation est essentiel à la SBM-R. Les agents sanitaires, les communautés et autres parties prenantes n'adoptent pas des initiatives d'amélioration des prestations de services simplement parce qu'elles sont rationnelles. Ils doivent voir qu'ils y ont quelque chose à gagner de l'expérience. Beaucoup d'excellents modèles de gestion pour améliorer la performance et la qualité échouent à cause de leur focalisation exclusive sur la méthodologie elle-même sans accorder suffisamment d'attention à l'aspect motivationnel du processus. La réponse à la question, « Qu'est-ce que j'y gagnerais ? » relève du domaine de la motivation.

MOTIVATION

La motivation est la dynamique interne, le moral pour effectuer une tâche et arriver à un but. C'est une réponse interne à des événements externes ; voilà pourquoi elle est appelée un facteur intrinsèque. La motivation se situe dans la personne et ne peut donc pas être créée du dehors. Nous pouvons, quand même, créer des conditions qui rehaussent la motivation.

Il existe beaucoup de théories concernant la motivation et la plupart d'entre elles conviennent que la motivation se rapporte au désir de se développer et de jouer un rôle significatif dans la vie. La motivation est plus forte lorsque les gens ont le sentiment d'être plus habilités et d'avoir davantage de contrôle sur leur travail et les processus dans le cadre desquels ils travaillent. Elle est aussi plus forte si les gens apprécient les défis auxquels ils font face et l'impact que leurs accomplissements vont avoir et lorsqu'ils croient fermement qu'ils vont réussir.

La SBM-R aide à créer des conditions qui rehaussent la motivation :

- L'outil d'évaluation de la performance est, en fait, une aide de travail pratique qui ébauche clairement ce que les gestionnaires et les prestataires doivent faire pour accomplir leur travail et pour gagner **davantage de contrôle sur leur travail**. L'expérience en matière du processus a montré que les connaissances et le contrôle sur leur travail accrus ont motivé beaucoup d'agents de santé à participer au processus de la SBM-R.
- L'utilisation continuelle de l'outil d'évaluation de la performance augmente l'**habilitation des travailleurs au niveau local**, qui se sentent de plus en plus à l'aise lors de leur association avec les superviseurs externes et qui se voient plus capables de présenter leurs priorités et de plaider pour les ressources. On a également observé lors des initiatives de SBM-R que le facteur du sens de **développement professionnel** et personnel éprouvé par le personnel local est un facteur supplémentaire qui augmente leur motivation.
- Tel que mentionné plus haut, le processus de SBM-R offre aux travailleurs des **défis** rigoureux mais accessibles. Ceci augmente la **valeur du processus** aux yeux du personnel qui se sent être devant une gageure importante.
- Travailler au sein de réseaux et le mesurage et « benchmarking » continuels créent une atmosphère de **concurrence saine** qui est positif au niveau de la motivation.

- Ce processus permet des **réussites précoces**, augmentant graduellement le niveau de **confiance en eux-même** des agents. Les agents éprouvent également un sens de réussite lorsqu'ils arrivent à leurs buts de performance établis.
- Le caractère systémique de la SBM-R, selon lequel on prend en compte tous les facteurs de performance interconnectés, aide à développer un **environnement de travail plus favorable à une bonne performance** qui, à son tour, a une influence positive sur la motivation.

Ce sont des exemples de mécanismes « encastrés » dans le processus SBM-R, dont le but est de rehausser la motivation. Il y a également d'autres éléments venant de l'extérieur qui peuvent renforcer la motivation et créer des conséquences de performance significatives. Les conséquences de la performance doivent être établies de manière à ce que les prestataires sachent clairement l'avantage qui leur reviendra du processus, selon la qualité de leur performance. Les conséquences de la performance peuvent être positives et négatives. La SBM-R souligne les motivations positives, c'est à dire, les mesures incitatives.

RECOMPENSES

Les récompenses sont des éléments fournis par l'environnement externe pour accroître la motivation. L'apport de motivations doit être aligné avec l'atteinte de standards de performance significative. La SBM-R considère plusieurs types de motivations pour les structures qui atteignent des repères et des buts :

- Le **feedback** est le moyen le plus directe et le moins coûteux pour récompenser une bonne performance, mais son impact est considérable. Pour être efficace, le feedback devrait survenir en temps opportun, être continu et interactif. Il peut être fourni par voie écrite ou orale et il peut être dirigé vers des prestataires individuels, des équipes et des structures.
- La **reconnaissance sociale** se constitue de l'apport de récompenses de valeur symbolique. Selon certains auteurs, la reconnaissance sociale est importante à la vue des travailleurs car elle annonce des récompenses matérielles futures. En outre, la reconnaissance sociale aide immédiatement à rehausser le moral des travailleurs. La reconnaissance sociale peut être dirigée vers des prestataires individuels, des équipes et des structures. Elle peut prendre la forme de louanges, trophées, diplômes ou fêtes. L'amélioration du statut des agents par le biais des niveaux d'autorité accrus et de rapports positifs placés dans les dossiers du personnel sont aussi des formes de reconnaissance sociale.
- La **reconnaissance matérielle** peut être fournie en tant que récompenses monétaires ou bénéfiques en nature. Elle peut aussi être décernée à des prestataires individuels, des équipes ou des structures. Les récompenses monétaires individuelles peuvent adopter la forme de paiements systématiques basés sur la performance ou de primes. Les équipes peuvent aussi gagner des prix monétaires. Pour les structures, des exemples de récompenses monétaires sont des budgets en fonction de la performance ou l'apport de ressources financières supplémentaires pour



Photo de : Ministère de la Santé Honduras

Reconnaissance sociale interne dans un hôpital mettant en œuvre une initiative de SBM-R dans le Honduras

reconnaître la performance supérieure. Les récompenses en nature peuvent être décernées en forme d'occasions de développement professionnel. Pour les structures, les récompenses peuvent prendre la forme d'équipement ou de fournitures supplémentaires.

Les paires, les superviseurs directs, les gestionnaires et les leaders de structures devraient fournir le feedback et la reconnaissance. Les clients et la communauté peuvent également accorder la reconnaissance. Dans le cadre de la SBM-R, l'atteinte globale des standards est mise en valeur par une reconnaissance impliquant une réponse institutionnelle et communautaire combinée.

Les structures qui fonctionnent dans un environnement de marché compétitif trouveront aussi une motivation au niveau d'une base accrue de clients ou de part du marché (et des bénéfices) apportée par l'amélioration de la performance et la qualité.

La mise en œuvre des motivations n'est pas sans défis. Appliquées de manière peu judicieuse ou sans réflexion, les motivations peuvent produire des déformations des prestations de services non désirées. Des conséquences négatives de la performance, liées au concept de la responsabilité, ont aussi lieu dans la SBM-R, mais elles sont souvent difficiles à appliquer de manière efficace et équitable en l'absence de systèmes nationaux de règlement bien développés et d'assurance de la qualité.

DEFINIR L'INITIATIVE SBM-R

L'initiative SBM-R devrait répondre aux besoins d'un contexte de santé spécifique institutionnel et programmatique. Pour assurer cette condition, il importe de définir clairement les caractéristiques de l'initiative SBM-R dès le début du processus, se poser les questions suivantes et y répondre :

- Quel est le but principal de l'initiative SBM-R ?
- Sur quel type/gamme de services de santé la SBM-R va-t-elle se focaliser ?
- Dans quel type de structures la performance sera-t-elle évaluée et reconnue et récompensée ?
- Quels secteurs seront-ils inclus ?
- Quelle est la portée géographique du programme ?
- Quelles mesures incitatives—ou conséquences—seront-elles encadrées dans le programme pour reconnaître ou récompenser la performance améliorée ?
- Qui va évaluer et reconnaître la performance ?
- L'initiative sera-t-elle appuyée et animée de manière proactive ?
- Comment le programme sera-t-il géré ?

Les réponses aux questions ci-dessus doivent refléter la réalité locale. Il existe une gamme d'options potentielles pour chacune des questions.

BUT

L'une des premières questions à considérer en la conception d'une initiative de SBM-R est la suivante : Qu'est-ce que nous espérons accomplir par l'entremise de cette initiative ? Le but peut s'étendre de la promotion à relativement court terme d'un type spécifique de services à un processus à long terme institutionnalisé, plutôt des schémas formels de certification ou d'habilitation. Ce dernier se focalise sur l'assurance régulière du respect des exigences régulatrices/juridiques de la prestation de services de santé, liées aux mécanismes de financement. Un but intermédiaire serait d'établir un modèle servant à améliorer la performance, la qualité et l'utilisation des services. La plupart des exemples de programmes présentés dans ce guide opérationnel représentent cette option intermédiaire. Définir le but global est une condition pour déterminer des aspects tels que l'espérance de vie potentielle de l'effort de reconnaissance.

TYPE/GAMME DE SERVICES

Le type/la gamme de services à être couverts exerce un impact considérable sur le niveau de complexité et les demandes de ressources de l'initiative. En se basant sur les priorités institutionnelles et la disponibilité de ressources, il sera peut être nécessaire de limiter le processus à un seul type de services et aux fonctions afférentes. Cette approche focalisée a été mise en œuvre, par exemple, pour la qualité en services de planification familiale, prévention des infections, santé maternelle, counseling et tests pour le VIH/SIDA et prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. Parfois, pourtant, il s'avère être difficile du point de vue programmatique de se focaliser sur un seul type de services. Dans le cas de l'initiative PROQUALI au Brésil, par exemple, un ensemble central de standards pour la planification familiale a été complété par d'autres standards pour des services sélectionnés de santé génésique tels les soins prénatals et la prévention d'infections sexuellement transmissibles. Au fur et à mesure que les programmes de prestation de services visent de plus en plus à intégrer les services à travers tous les domaines, davantage de programmes essaient de développer des modèles de SBM-R qui incluent une gamme plus large de services de santé ou des « paquets » de soins de base, fournis à un niveau de structure désigné.

TYPES DE STRUCTURES

La SBM-R focalise l'évaluation et la reconnaissance au niveau de la structure plutôt que sur les prestataires individuels. Il se peut que le point focal de l'initiative soit des réseaux de structures de niveaux différents de complexité afin d'assurer un continuum de soins efficace. L'initiative CaliRed pour la santé maternelle et néonatale au Guatemala a adopté cette approche et l'a élargie pour inclure l'évaluation et la reconnaissance des communautés dans la circonscription hospitalière des structures participant. Autre solution : l'initiative peut se focaliser sur un type particulier de structures sanitaires. Par exemple, la SBM-R peut se focaliser sur des cliniques de soins primaires, si son but est de renforcer les soins de santé préventifs et primaires ou bien sur les hôpitaux de district, si le but est de fournir des services essentiels de référence ou d'encourager l'utilisation plus rationnelle des soins curatifs coûteux.

COUVERTURE SECTORIELLE

A ce jour, beaucoup de programmes d'amélioration de la qualité et de la performance dans les pays en voie de développement ont été limités au secteur public des prestations de services mais il existe de l'expérience avec des programmes conçus pour mettre en œuvre la SBM-R à travers les secteurs. Par exemple, en Afrique de l'Ouest dans le Programme du Cercle d'Or, des cliniques relevant du ministère de la santé et des cliniques d'ONG sont évaluées et reconnues selon un ensemble commun de standards. Dans d'autres situations, des stratégies différant, mais complémentaires, de reconnaissance peuvent être mises en œuvre à travers des secteurs utilisant un ensemble de standards différent pour les secteurs publics et privés.

ENVERGURE GEOGRAPHIQUE

Il se peut que la conception se focalise sur une zone géographique limitée ou qu'elle ait une envergure de couverture nationale. Une stratégie mise en œuvre au niveau local peut se focaliser sur un district ou plusieurs dans un nombre de provinces sélectionnées. Cette approche est particulièrement appropriée lorsque qu'il s'agit de tester un modèle particulier avec l'intention de passer à l'échelle plus tard. D'autres modèles cherchent une couverture plus étendue et sont mis en œuvre à l'échelle régionale, étatique ou provinciale. Cette option est pertinente dans des environnements décentralisés où les unités d'état ont des niveaux significatifs de pouvoir de prise de décisions techniques et administratives. Le schéma mis en œuvre pour la couverture nationale dans un pays quelconque peut être lié aux schémas nationaux pour le financement et les prestations de services nationaux.

CONSEQUENCES DE LA PERFORMANCE ET MOTIVATIONS

Un autre aspect essentiel de la SBM-R est la formulation d'un schéma durable mais significatif de motivations et de conséquences. Certains modèles utilisent exclusivement des motivations non-matérielles, telles que la reconnaissance sociale, le feedback sur la performance et des opportunités de renforcement des compétences. D'autres ajoutent des motivations supplémentaires telles que l'apport d'équipement, un budget opérationnel élargi pour la structure ou même de petites récompenses matérielles. D'autres offrent des récompenses matérielles fournies par l'entremise d'allocations budgétaires axées sur la performance ou des systèmes de rémunération des agents de santé.

ORGANISME DE RECONNAISSANCE ET RECOMPENSE

Le groupe d'évaluateurs qui fait le bilan de la performance et accorde la reconnaissance peut être interne ou externe de l'institution dont relève l'unité à évaluer. Les organismes de reconnaissance internes sont normalement liés à l'unité de supervision institutionnelle et font généralement partie de l'effort interne d'amélioration de la qualité. Autres modèles de reconnaissance cherchent à maximiser l'objectivité de l'évaluation et utilisent des évaluateurs externes. Un organisme de reconnaissance externe renforce la crédibilité du processus. Une option intermédiaire qui augmente la crédibilité du processus de reconnaissance tout en permettant un suivi plus poussé des domaines où les standards ne sont pas atteints, est un organisme d'habilitation constitué d'évaluateurs internes et externes.

APPUI ET SOUTIEN

Un programme de SBM-R fonctionnel nécessite la planification et la coordination ainsi que l'appui technique. Il est possible de mettre en œuvre l'initiative de SBM-R à divers niveaux de facilitation. Le niveau déterminera le type d'infrastructure requis. Pour les initiatives SBM-R animées de manière plus proactive il sera nécessaire d'identifier et développer ou renforcer les organismes d'assistance technique et les encadreurs. Les besoins au niveau de la facilitation dépendront de la nature de l'intervention et du niveau de développement de l'infrastructure des services sanitaires, dont les ressources humaines.

GESTION

Il est possible de gérer une initiative de SBM-R de manière centralisée, à partir de l'unité de gestion au siège de l'organisation ou de manière décentralisée. Dans le cas de programmes décentralisés, bien que des organismes de niveau central puissent mener le développement de standards de performance et d'outils pour introduire le programme, la véritable mise en œuvre et la gestion continue sont déléguées au niveau régional, provincial ou de district. Dans ce dernier cas, les autorités locales assument le contrôle du processus ou bien ils ont des responsabilités significatives. Les organismes au niveau central, provincial et de district peuvent aussi gérer de façon conjointe le programme de reconnaissance et de récompense.

L'information ci-dessus est résumée par le **Tableau 9** ci-dessous.

Tableau 9. Options pour la conception de programmes de SBM-R

ASPECTS A CONSIDERER	GAMME DES OPTIONS		
But	Promotion à court terme de services spécifiques	Améliorer la performance, la qualité et l'utilisation des services	Assurer un niveau de qualité/atteindre les standards réglementaires
Type/gamme de services	Focalisé sur un ensemble principal de services (par exemple : planification familiale, prévention des infections, adolescents)	Ensemble principal de services, plus autres services afférents (par exemple :VIH/SIDA plus soins maternels, conseils et dépistage volontaires)	Services globaux
Type de structure	Structures d'un seul type (par exemple, centres de santé ou hôpitaux)	Réseaux de structures de différents niveaux de complexité	Réseaux de structures et communautés
Couverture sectorielle	Un secteur (public ou privé)	Standards différent, mais complémentaires, pour chaque secteur	Un ensemble de standards appliqué à travers tous les secteurs
Envergure géographique	Structures sélectionnées	Régionale/Provinciale	Nationale
Conséquences de la performance et motivations	Feedback	Feedback plus reconnaissance sociale	Récompense matérielle associée à la reconnaissance sociale et au feedback
Organisme de reconnaissance	Interne	Combiné	Externe
Appui et animation	Animation intensive	Animation partielle	Pas animé
Gestion	Centralisée	Partagée	Décentralisée

Le fait de choisir une option pour chacune de ces catégories aidera à définir le profil de l'initiative SBM-R, ce qui est un élément important de la vision commune qui guidera le processus. Cependant, prendre la décision sur ces options n'est pas la tâche d'une seule personne. Normalement, c'est le produit d'un accord négocié parmi plusieurs parties prenantes, qui peuvent avoir des opinions différentes de ce qui serait « le meilleur ». Pour cette raison, il est essentiel de mener avec compétence le processus d'arriver au consensus parmi les parties prenantes pour assurer un accord solide sur les caractéristiques de l'initiative de SBM-R.

On atteint ce consensus typiquement par le biais d'un dialogue guidé et du processus de la prise de décisions. Il se peut qu'une réunion d'information ou plusieurs, avec les parties prenantes soit nécessaire pour discuter de l'initiative avec les partenaires afin d'obtenir leurs points de vue. Après cette phase de préparation, il s'avère normalement utile d'avoir une réunion (de préférence pas plus d'une) groupant tous les intéressés afin de formaliser un accord sur le profil de l'initiative de SBM-R. Il est conseillé d'aller à cette réunion avec la version préliminaire du profil du programme SBM-R en main, développée à l'aide des contributions des intéressés lors des réunions préparatoires, et devant servir de base pour la discussion.

Le **Tableau 10** est un exemple d'une activité typique pour arriver au consensus sur les caractéristiques de la SBM-R :

Tableau 10. Activité typique pour arriver au consensus

QUE FAIRE ?	QUI VA PARTICIPER ?	QUEL SERA LE RESULTAT ?	COMBIEN DE TEMPS FAUDRA-T-IL ?
Réunion des parties prenantes pour planifier la conception de l'initiative de SBM-R	Intéressés principaux, conseillers de SBM-R	Accord sur la conception/le profil de l'initiative de SBM-R	Réunions d'un jour Le temps varie selon la taille du groupe et l'aise avec laquelle il arrive au consensus

FACILITER LA SBM-R

La mise en œuvre de la SBM-R nécessite le développement d'une infrastructure pour les buts de la coordination/facilitation. **L'infrastructure nécessaire sera déterminée par l'envergure du processus et le degré de facilitation prévue à cette fin.** Pour les initiatives de SBM-R demandant davantage d'effort et qui sont facilitées plus intensivement, cette infrastructure devrait être plus développée.

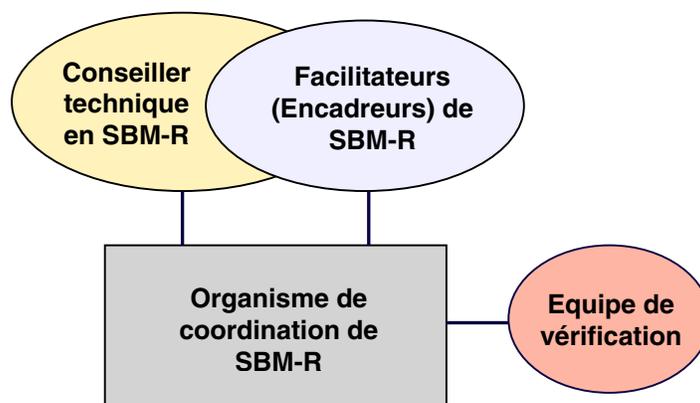
Le développement des organismes ou groupes pour les quatre fonctions majeures d'appui est recommandé tel que montre le **Tableau 11**.

Tableau 11. Fonctions et organismes d'appui

FONCTION	ORGANISME D'APPUI
Coordination générale de l'initiative	Organisme de coordination SBM-R
Facilitation du processus de SBM-R	Equipes d'encadreurs SBM-R
Assistance technique pour le contenu	Conseillers techniques
Vérification du respect des standards	Equipe de vérification

Ces quatre groupes doivent travailler de manière coordonnée pour fournir le soutien approprié à l'initiative de SBM-R (voir la **Figure 8**).

Figure 8. Infrastructure d'animation de la SBM-R



Les fonctions principales de chacune de ces entités et comment leurs membres sont sélectionnés et développés sont décrits ci-dessous.

L'ORGANISME DE COORDINATION DE LA SBM-R

L'organisme de coordination de la SBM-R devrait être un groupe formellement constitué qui guide l'effort de SBM-R dès sa conception jusqu'au bout de la mise en œuvre (voir la **Tableau 12**).

Typiquement, il contribue à la conceptualisation initiale, la mobilisation des ressources et les efforts de plaidoyer pour assurer l'acquisition initiale et maintenir le dynamisme.

L'organisme de coordination peut siéger sans une unité du ministère de la santé ou d'une autre organisation participant à la mise en œuvre de l'initiative SBM-R ou bien il peut adopter la forme

d'un comité opérant sous un mandat spécifique. Pour les efforts de SBM-R à plus long terme, l'organisme de coordination devrait adopter un format institutionnalisé plus permanent.

Tableau 12. Activités suggérées pour établir l'organisme de coordination de la SBM-R

QUE FAIRE ?	QUI VA PARTICIPER ?	QUEL SERA LE RESULTAT ?	COMBIEN DE TEMPS FAUDRA-T-IL ?
Identifier les organisations/groupes d'intéressés principaux et les représentants appropriés de chacun pour constituer l'organisme de coordination	Individu/groupe fer de lance de l'initiative SBM-R	Liste de personnes à inviter à être membres de l'organisme de coordination	Varie
Mener une réunion pour constituer l'organisme de coordination	Individu/groupe fer de lance de l'initiative SBM-R Membres sélectionnés de l'organisme de coordination	L'organisme de coordination a une compréhension claire du processus de SBM-R et de ses fonctions Engagement organisationnel verbal ou écrit, dont les noms et prénoms des individus, le temps et les ressources consacrés au travail de l'organisme de coordination	Réunion d'une demi-journée ou d'une journée Il se peut qu'il y ait besoin de temps après la réunion pour permettre aux organisations/unités de formaliser leur engagement

Les fonctions typiques de l'organisme de coordination sont les suivantes :

- Coordination générale et planification du processus de SBM-R
- Définition des buts et politiques institutionnels concernant le processus de SBM-R
- Approbation des standards de performance
- Formalisation du système de reconnaissance : critères, processus et conséquences
- Sélection et nomination des encadreurs de SBM-R
- Identification d'experts techniques de domaines spécialisés
- Sélection et approbation de l'équipe de vérification pour la reconnaissance
- Mobilisation des ressources
- Surveillance générale, appui et évaluation du processus de SBM-R
- Plaidoyer

L'appartenance inclut les représentants des organisations principales de parties prenantes ou de groupes qui prendront part à l'initiative ou qui seront les plus aptes à être influencés par le programme de SBM-R. Dans l'idéale, les individus sélectionnés devraient avoir l'autorité pour la prise de décisions au sein de leur organisation ou l'expertise se rapportant aux différentes composantes du modèle de SBM-R (voir la **Figure 9**). En général et selon les caractéristiques de l'initiative à mettre en œuvre, les membres de ce groupe, incluent mais ne sont pas limités aux groupes suivants :

- Représentants d'unités du ministère de la santé central et régional/provincial
- Représentants des ONG
- Représentants d'organisations professionnelles
- Représentants de la communauté
- Associations de santé privées

Figure 9. Exemples d'un organisme de coordination pour une initiative de SBM-R

Equipe nationale d'assurance de la qualité (National Quality Assurance Task Force)	
Ministère de la Santé, Malawi	
■	Ministère de la Santé, Malawi
–	Conseiller technique principal, Président
–	Directeur du Département des Services infirmières
–	Directeur du Département des Services cliniques
–	Directeur du Département des Services sanitaires d'appui technique
–	Directeur du Département des Ressources humaines
–	Directeur du Département de Planification
–	Directeur du Département des Services préventifs
–	Directeur du Département de Finance et d'Administration
–	Chef de l'Assurance de la qualité, Département des services infirmières
■	Représentant de l'Association chrétienne de la Santé du Malawi (Christian Health Association of Malawi) (siège social)
■	Administrateur de chacun des organismes réglementaires (Conseil des Infirmières et Sages-femmes, Conseil médical, Conseil pharmaceutique, Conseil des Médicaments et de la Toxicologie)
■	Représentant de la communauté (dans ce cas, le Directeur de l'Association des Consommateurs du Malawi)
■	Représentants des organisations d'assistance technique soutenant les efforts d'Amélioration/ Assurance de la qualité dans le pays dans ce cas, JHPIEGO et MSH)

EQUIPES D'ENCADREURS/ FACILITATEURS DE SBM-R

Les encadreurs de la SBM-R sont les personnes qui doivent mener/faciliter le processus d'amélioration aux niveaux des institutions, des structures sanitaires et des communautés. Ils jouent le rôle d'agents de changement qui facilitent l'apprentissage individuel et organisationnel. Les encadreurs doivent être très compétents et au courant du processus de SBM-R, de la réalité des structures sanitaires et de la communauté qu'ils desservent.

Les encadreurs fournissent l'appui aux activités principales suivantes :

- Information sur l'approche SBM-R et sa promotion au niveau local, de la structure ou de la communauté
- Accords sur la mise en œuvre de la SBM-R au niveau local, de la structure ou de la communauté
- Bilans de la ligne de base
- Identification des lacunes de performance, l'analyse des causes et l'identification des interventions
- Développement des plans d'action opérationnels et de leur mise en œuvre au niveau local
- Mobilisation du soutien spécialisé des conseillers techniques provenant des différents domaines (clinique, gestionnaire, mobilisation communautaire et communications)
- Mobilisation de ressources matérielles et financières
- Supervision des progrès par le biais d'évaluations internes périodiques
- Promotion et coordination de la mobilisation et la participation communautaires et des clients
- Processus de reconnaissance

L'équipe d'encadreurs peut être constituée de :

- Prestataires de services provenant des structures sanitaires
- Gestionnaires et superviseurs de niveau régional/de district/local
- animateurs/facilitateurs communautaires

Les encadreurs devraient être nommés formellement par l'autorité institutionnelle afférente pour leur permettre d'incorporer leur rôle d'encadreur dans leur programme de travail formel. Le nombre d'encadreurs par région/district, structure et communauté variera selon l'envergure du programme de SBM-R, la taille des structures et des communautés où la SBM-R est mis en œuvre et le niveau d'animation/facilitation envisagé pour l'initiative. Pour des efforts facilités de manière plus intense il serait souhaitable de compter deux facilitateurs pour chaque structure (hôpital) important ou réseau local de centres de soins primaires. Pour les processus moins intensivement facilités, deux encadreurs par district sanitaire (du MSP) ou par ONG suffiront.

Sélection : Les encadreurs sont les agents de change pour le processus de SBM-R et ils devraient avoir des caractéristiques et compétences personnelles telles que leadership, motivation, crédibilité, de bonnes compétences de communication interpersonnelle, des connaissances de la réalité locale (structure sanitaire et/ou la communauté), travail en équipe, etc.

Orientation/formation : Le processus pour former les encadreurs devrait être pratique et bien focalisé sur les étapes et les activités nécessaires pour la mise en œuvre de la SBM-R au niveau local. La formation est organisée en trois brèves modules, selon les activités/tâches spécifiques que les encadreurs devront effectuer lors de chaque phase du processus de mise en œuvre de la SBM-R. Le point focal de cette formation modulaire est de permettre aux encadreurs de mener et de gérer le processus de changement pour la SBM-R. Le contenu couvert lors de l'étude des modules inclut les éléments suivants : concepts de base de l'amélioration de la performance, l'approche de la SBM-R, l'utilisation de l'outil pour effectuer les évaluations de la performance, l'identification des lacunes, techniques pour analyser les causes, conception des interventions, gestion du changement, stratégies de la gestion du changement, mobilisation des ressources, renforcement de l'esprit d'équipe, travail en équipe, création de réseaux, création de repères (benchmarking) et engagement et participation communautaires.

Le **Tableau 13** montre les étapes et les activités de SBM-R couvertes dans les modules de formation pour les encadreurs.

Tableau 13. Etapes du processus de SBM-R et les activités et modules afférents

ETAPES	ACTIVITES	MODULES	DUREE
Promotion/accord sur l'initiative de SBM-R	Informar sur les objectifs et la méthodologie de l'initiative de SBM-R Accord sur la mise en œuvre	Module 1 : préparation et début du processus	3 à 4 jours
Mesurage de la performance réelle	Enquête de la ligne de base, sommaire des résultats, feedback		
Analyse des causes	Réunions pour l'analyse des causes	Module 2 : renforcement du processus	2 à 3 jours
Identification de l'intervention	Développement de l'action opérationnelle		
Intervention, mise en œuvre et surveillance	Mobilisation des ressources Création de repères (benchmarking) Coordination avec les conseillers techniques Supervision et feedback		
Vérification	Evaluation pour la vérification	Module 3 : renforcer et institutionnaliser le processus	2 à 3 jours
Reconnaissance	Coordination de la reconnaissance		

En général, il faut utiliser les modules à un intervalle de 3 à 4 mois pour permettre aux structures le temps de mettre en œuvre les changements et mesurer les progrès.

Pour des informations supplémentaires sur les modules de formation à l'intention des encadreurs (programme de l'atelier, calendrier, objectifs, présentations, exercices) voir le CD-ROM accompagnant ce Guide opérationnel.

CONSEILLERS TECHNIQUES

Les conseillers techniques sont les experts en matière des différents types de services directs et fonctions d'appui qui fournissent de l'expertise spécialisée et l'assistance, dont la formation dans leur domaine (clinique, gestion, mobilisation communautaire, communication, etc.).

Les fonctions typiques des conseillers techniques sont les suivantes :

- Activités de formation et de facilitation du processus d'apprentissage à l'aide de méthodologies variées (formation en groupe, formation en cours d'emploi, etc.)
- Assistance technique et appui sur le terrain ou à distance
- Suivi pour assurer le transfert de l'apprentissage

Les membres des équipes de conseillers techniques sont des experts des domaines pertinents du processus de SBM-R à être mis en œuvre, tels que :

- Domaines cliniques, par exemple santé génésique, santé maternelle et infantile, VIH/SIDA et prévention et contrôle des infections
- Systèmes de gestion
- Communication et mass-médias
- Mobilisation communautaire

Le nombre de conseillers techniques nécessaires variera selon les caractéristiques de l'initiative de SBM-R : Domaines techniques couverts, niveau de développement nécessaire pour les systèmes d'appui, niveau d'implication communautaire, etc. Pour les processus les plus intensivement facilités, il sera peut être nécessaire d'affecter des conseillers techniques à un nombre donné de structures. Pour les initiatives nécessitant moins d'effort et moins de facilitation, il suffira peut être d'élaborer un inventaire de ressources techniques potentiellement disponibles à la demande dans les divers domaines d'expertise et de le mettre à la disposition des structures.

Sélection : Etant donné que le processus de SBM-R nécessite de l'expertise technique spécifique dans les domaines de prestation de services et de l'engagement communautaire, les experts techniques sont une ressource cruciale de ce processus. Il sera important de bâtir ces ressources sur les capacités et l'expertise existant. La première étape sera d'identifier ce personnel de ressource et technique disponible pour chaque domaine (clinique, gestion, mobilisation communautaire, communication) ainsi que leur expérience en assistance technique, dont la formation. Ces experts peuvent se trouver au sein du ministère de la santé, des ONG, des universités ou d'institutions privées. Il est souhaitable de sélectionner des conseillers techniques provenant des différentes régions où l'initiative de SBM-R sera mise en œuvre.

Orientation/formation : Les stratégies pour orienter et former les conseillers techniques varient énormément. Certains pays pourraient avoir d'excellentes ressources techniques ; d'autres auront peut être besoin d'en développer, surtout si l'initiative de SBM-R contient de la matière nouvelle ou mise à jour dans un domaine particulier (par exemple, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant). Parfois, les conseillers techniques ont de bonnes compétences pédagogiques mais ils auront besoin de mise à jour technique ou de standardisation des compétences. En d'autres cas, les conseillers techniques ont d'excellentes connaissances techniques mais ils manquent de compétences de formateur ou de mentor. Le **Tableau 14** donne des exemples d'activités d'orientation et de formation pour satisfaire à des besoins spécifiques.

Tableau 14. Activités de formation et d'orientation pour les conseillers techniques

SITUATION	BESOINS EN ORIENTATION ET FORMATION	ACTIVITES DE FORMATION	DELAJ ESTIMATIF
Conseillers techniques avec compétences cliniques mais sans compétences de formateur ou de mentor	Compétences de formation clinique pour l'approche SBM-R, outils et méthodologie	Orientation à l'approche de SBM-R, outils et méthodologie Stage de compétences en formation clinique	1 à 2 semaines pour le stage de compétences en formation clinique
Formateurs excellents mais le contenu de leurs connaissances n'est pas actualisé	Contenu technique, approche de SBM-R, outils et méthodologie	Orientation à l'approche de SBM-R, outils et méthodologie Mise à jour du contenu/ stage d'actualisation	Variable en fonction du domaine de contenu technique
Manque de capacités techniques locales	Contenu technique Compétences en formation Approche SBM-R, outils et méthodologie	Orientation à l'approche de SBM-R, outils et méthodologie Formation sur le contenu Stage de compétences en formation clinique	Variable en fonction du domaine de contenu technique 1 à 2 semaines pour le stage de compétences en formation clinique

Il est possible d'utiliser plusieurs méthodologies d'apprentissage/formation pour former, orienter ou mettre à jour des conseillers cliniques. Ces méthodologies peuvent inclure des stages en groupe, la formation sur le terrain ou la formation structurée sur le terrain et l'apprentissage à distance par l'internet, le courrier électronique, les bandes vidéo et les CD-ROMs. Les résultats de ces efforts devraient être des capacités techniques renforcées pour mettre en œuvre l'initiative de SBM-R.

Certains uns des conseillers techniques peuvent aussi être des encadreurs, et vice versa. Ce chevauchement augmente souvent l'efficacité au niveau de l'utilisation des ressources et assurent une perspective plus intégrée du processus de SBM-R.

EQUIPE DE VERIFICATION

L'équipe de vérification évalue la conformité des structures avec les standards de performance aux fins de reconnaissance et de récompense. L'équipe réalise cette vérification par l'entremise d'évaluations externes, à la demande des structures. L'évaluation de la structure par une équipe externe accorde la crédibilité au processus de la reconnaissance.

Les fonctions de l'équipe de vérification sont les suivantes :

- Coordonner et préparer les visites de vérification en collaboration avec les structures, l'organisme de coordination du SBM-R et les encadreurs
- Mettre en œuvre le bilan de la vérification
- Faire des recommandations concernant la reconnaissance des structures ayant atteint le niveau de performance requis
- Fournir aux structures le feedback sur les résultats

Les membres de l'équipe de vérification proviennent normalement des organismes suivants :

- Niveau central/régional/du niveau de district du ministère de la santé
- Niveau de gestion des ONG ou d'organisations privées
- Représentants communautaires
- Associations professionnelles
- Universités
- Groupes féminins et groupes de plaidoyer pour les femmes et les consommateurs de services de santé

Les caractéristiques spécifiques des membres de cette équipe varieront selon le type de processus de vérification/reconnaissance à mettre en œuvre mais, en général, l'équipe devrait être multidisciplinaire et devrait inclure des membres de la communauté.

Sélection : Les objectifs principaux de l'évaluation de vérification sont d'apporter de la crédibilité au processus de reconnaissance et de rehausser la motivation au niveau local. Pour cette raison il importe de sélectionner très judicieusement les membres de l'équipe de vérification. Dans l'idéal, les

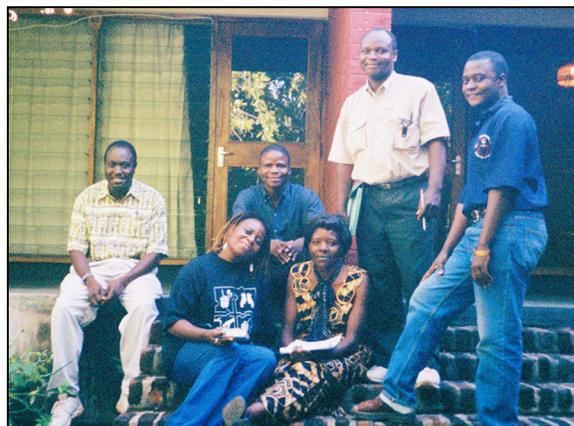


Photo de : Débora Bossemeyer

Encadreurs de l'initiative de SBM-R au Malawi

individus sélectionnés seraient des personnes bien connues, ayant de l'autorité au sein de leur organisation et/ou l'expertise technique pertinente aux diverses composantes de l'initiative de SBM-R. Normalement c'est l'organisme de coordination qui identifie et invite ces personnes à former l'équipe de vérification. Il importe de clarifier pour les membres de l'équipe leurs rôles et responsabilités dans le cadre de ce processus. En général, lorsque l'initiative de SBM-R est d'envergure nationale ou si elle a été étendue à plusieurs régions/districts, il sera nécessaire d'élargir ou de décentraliser cette équipe.

Orientation/formation : L'objectif de cette formation est d'habiliter les équipes de vérification à préparer et mener les évaluations de vérification au niveau des structures et de faire des recommandations concernant la reconnaissance des structures ayant atteint les standards prédéterminés. Ce but est normalement atteint lors d'un atelier de deux jours couvrant l'approche de SBM-R et les caractéristiques spécifiques du modèle étant mis en œuvre, l'outil d'évaluation, les méthodes d'évaluation et les conditions et procédures pour obtenir la reconnaissance. La méthodologie utilisée lors de cette formation devrait être hautement participative et interactive.

GERER LE PROCESSUS DE CHANGEMENT

Le processus de mise en œuvre de la SBM-R au niveau des structures se compose de trois phases principales, dont chacune a ses défis qui nécessitent l'accomplissement de certaines tâches et activités :

- **Préparation et initiation** : L'objectif principal de la première phase est de **sensibiliser** les parties prenantes concernant la situation actuelle des services de santé ayant besoin d'être améliorés. Lors de cette phase, les agents du projet développent une vision commune pour le processus, s'assurent de l'engagement des intéressés, créent une infrastructure initiale et commencent le travail au niveau de la structure. Les structures qui s'intéressent à participer au processus devraient arriver à un consensus sur leur participation et commencer à se faire une idée de l'ampleur et des caractéristiques de leurs lacunes de performance. Les activités typiques à ce point sont le développement de standards de performance, la création de l'organisme de coordination, la formation initiale des équipes d'encadreurs et de conseillers techniques, la promotion de l'initiative au niveau local et de la structure, la mise en œuvre de l'enquête de base et la discussion de ces résultats avec le personnel de la structure.
- **Renforcement** : Lors de cette phase, le but principal est de **créer la dynamique** pour le changement. A cette étape, il est essentiel de commencer des améliorations concrètes, de montrer des résultats réels, de créer et renforcer les équipes et les réseaux de personnel de mise en œuvre engagé et de développer un système de feedback. Les activités caractéristiques de cette phase sont le développement et la mise en œuvre de plans opérationnels pratiques, l'organisation d'équipes pour l'amélioration par domaine, la mobilisation des ressources, le mesurage des progrès par le biais de bilans de monitoring, et la mise en œuvre d'activités de « benchmarking » parmi des réseaux de structures.
- **Consolidation** : L'objectif principal de cette phase est de **consolider** les changements et le processus d'amélioration. Pour réaliser cette consolidation, il faut augmenter et étendre les améliorations de performance et de qualité à un niveau significatif, institutionnaliser le processus de SBM-R, élargir le rôle des clients, de la communauté et d'autres segments de la société et récompenser et annoncer à grand renfort de publicité les atteintes. Lors de cette phase les activités sont normalement des efforts focalisés plutôt sur les lacunes persistantes ou plus complexes, la mobilisation de ressources techniques et financières supplémentaires, l'incorporation des améliorations réussies dans les systèmes organisationnels, des activités accrues de communication et de mobilisation communautaires, ainsi que la mise en œuvre du processus de reconnaissance et récompense.

Ces phases ont lieu sur une période qui varie selon les caractéristiques du contexte local et sanitaire et la nature de l'initiative de SBM-R. L'expérience au niveau de la mise en œuvre du processus de la SBM-R montre que les initiatives les plus simples et claires peuvent prendre approximativement un à deux ans pour traverser ces trois phases, tandis que les initiatives plus complexes peuvent prendre 3 à 4 ans.

Au cours de ces trois phases, la SBM-R devient un véhicule qui déclenche et développe le processus d'apprentissage d'un individu et d'une organisation. Les individus sont encouragés et aidés à adopter

de nouveaux comportements (les meilleures pratiques) et des rôles dynamiques ; les systèmes organisationnels sont rationalisés et adaptés pour appuyer ces nouveaux comportements et atteindre des résultats.

PREPARATION ET INITIATION

Tel que mentionné plus haut, les tâches principales de cette phase sont de :

- Atteindre une vision commune pour le processus
- S'assurer de l'engagement des intéressés
- Créer une structure initiale pour la facilitation du projet
- Promouvoir l'initiative de la SBM-R au niveau local et au niveau des structures
- Se faire une idée de l'ampleur initiale et des caractéristiques des lacunes de performance

Atteindre une vision commune

La vision est l'image unifiant de ce que nous voulons accomplir, la force qui attirera tout le monde vers l'atteinte du but commun. La vision commune est critique parce qu'elle dirige les différents membres et composantes d'une organisation vers le même but. Cependant, des organisations adoptent fréquemment de belles déclarations de vision qui ne sont pas très concrètes ni clairement communiquées au personnel. Avec la SBM-R, la vision est exprimée en termes concrets à deux niveaux : le profil de l'initiative de SBM-R et les standards de performance qu'il faut atteindre. Dans le chapitre « Définir l'initiative de SBM-R » ci-dessus, nous avons discuté de la manière de développer la première partie de notre vision : le profil spécifique de la SBM-R. Ce profil nous dit quel type de modèle de SBM-R nous voulons créer.

Cette section traite les activités à réaliser pour développer les standards de performance qui représentent le niveau et la qualité de la performance souhaités. Exprimer la vision en standards concrets de performance est un moyen très efficace pour la rendre compréhensible et pour la disséminer à travers l'organisation à être utilisée comme guide par tous les prestataires.

Les standards de performance se fondent sur trois éléments principaux :

- Information scientifique nationale et/ou internationale concernant les domaines techniques de la prestation des services à être améliorés (politiques, normes et protocoles—PNP) pour s'assurer que les standards de performance sont basés sur l'évidence solide et actualisée.
- Contributions des prestataires pour s'assurer que les standards de performance sont applicables et faisables au niveau de la structure.
- Contributions des clients pour connaître la perception des clients et incorporer leurs préférences—ce qui peut avoir une influence sur leur utilisation des services.

Pour développer les standards de performance, ces éléments doivent être combinés de manière équilibrée. Le **Tableau 15** montre certaines des activités de préparation pour accomplir cette tâche et le **Tableau 16** suggère certaines activités à être réalisées autour du développement des standards.

Activités préparatoires : Le but de ces activités est de mettre à jour les membres clés du personnel au sujet de l'information basée sur l'évidence dans les domaines techniques sélectionnés, de tracer les grandes lignes des processus principaux et des processus d'appui qui seront inclus dans l'outil

d'évaluation contenant les standards de performance, de recueillir toute l'information générale nécessaire et le matériel de référence requis ; développer la version préliminaire d'un outil d'évaluation à être passée en revue par les parties prenantes locales.

Tableau 15. Activités préparatoires pour développer les standards

QUE FAUT-IL FAIRE ?	QUI VA PARTICIPER ?	QUEL SERA LE RESULTAT ?	COMBIEN DE TEMPS FAUDRA-T-IL ?
Mise à jour technique (sur les domaines à être améliorés)	Un ou deux formateurs, experts dans le domaine de la matière technique Agents techniques, gestionnaires de programmes et prestataires sélectionnés qui participeront à l'élaboration des standards de performance ; le nombre de participants variera selon le domaine du contenu	Un noyau d'agents techniques, gestionnaires et prestataires mis à jour dans les domaines qui seront inclus dans les standards de performance	Deux jours à 2 semaines ; le temps variera selon le domaine du contenu
Une réunion de coordination ou plusieurs pour tracer les processus centraux et d'appui de prestation de service qui seront inclus dans l'outil d'évaluation et pour sélectionner le matériel de référence à l'appui	Personnel technique et administratif du MSP, des ONG et/ou d'organisations privées engagées dans le processus de SBM-R Conseillers techniques de SBM-R	Carte détaillée des processus centraux et d'appui de prestation de services à être inclus dans l'outil Sélection de matériel de référence (normes et directives techniques nationales et/ou internationales)	Une réunion ou plus d'une demi-journée
Développement de la version préliminaire de l'outil d'évaluation des standards de performance)	Personnel technique et administratif du MSP, d'ONG et/ou d'organisations privées engagées dans le processus de SBM-R Conseillers techniques de SBM-R	Version préliminaire de l'outil d'évaluation (dont les standards de performance et les critères d'évaluation)	Varie selon la complexité des services, l'expérience des conseillers et la disponibilité de matériel de référence Quelques jours ou plusieurs semaines

La mise à jour technique est l'activité de préparation clé pour faciliter un passage en revue objectif de la version préliminaire de l'outil d'évaluation basé sur l'évidence scientifique.

Développement de standards : Lorsque la version préliminaire des standards opérationnels est prête il faudra la passer en revue et la tester sur le terrain avant de développer la version finale. Certaines des activités suggérées figurent dans le **Tableau 16**.

Tableau 16. Activités pour développer les standards

QUE FAUT-IL FAIRE ?	QUI VA PARTICIPER ?	QUEL SERA LE RESULTAT ?	COMBIEN DE TEMPS FAUDRA-T-IL ?
Atelier de développement des standards	Gestionnaires de programmes et agents techniques sélectionnés des niveaux central/ provincial du MSP, des ONG ou organisations privées ; prestataires de soins et gestionnaires de santé du front sélectionnés ; clients ou représentants de la communauté (On devrait aussi obtenir le feedback des clients par le biais d'autres mécanismes : recherche formative, interviews, groupes de discussion dirigée, etc.) Conseillers techniques pour faciliter le processus (pas plus de 30 personnes)	Ebauche révisée de l'outil d'évaluation de la performance contenant les standards de performance et les critères de vérification à être testés sur le terrain	3 à 5 jours
Test sur le terrain de l'outil d'évaluation de la performance dans des structures sélectionnées pour vérifier : <ul style="list-style-type: none"> ■ Format ■ Séquence ■ Objectivité ■ Chronologie ■ Faisabilité ■ Praticabilité 	Même groupe que ci-dessus (un groupe moins important— 5 à 10 personnes est suggéré pour cette tâche)	Outil d'évaluation de la performance à être testé sur le terrain	5 à 15 jours
Finaliser l'outil d'évaluation de la performance : incorporation des suggestions du test sur le terrain et rédaction et mise en page finales	MSP (central, provincial ou de district), ONG et/ou organisation privée de santé et représentants administratifs et techniques	Version préliminaire finale soumise à l'appréciation et l'approbation du MSP, des ONG et/ou des organisations sanitaires privées	5 à 15 jours
Approbation de l'outil d'évaluation de la performance	Personnel de niveau autorisé du MSP, d'ONG et/ou d'autres organisations sanitaires privées	Outil d'évaluation de la performance formellement approuvé par le MSP, les ONG et/ou organisations sanitaires privées	Varie entre deux semaines à plusieurs

Lors du développement des standards de performance :

- Impliquer les parties prenantes pertinentes et les maintenir au courant.
- Sélectionner les participants pour l'atelier de développement des standards.
- Mettre à jour les connaissances techniques/standardiser les compétences du groupe de participants avant l'atelier de développement des standards afin de faciliter le passage en revue basé sur l'évidence scientifique.
- Préparer une version préliminaire solide des standards opérationnels de performance mais demeurer flexible pour incorporer des changements. Il importe d'écouter les prestataires et gestionnaires du front, car ils connaissent le lieu de travail et ont souvent des suggestions et de l'information précieuse.
- Obtenir l'approbation formelle des standards de performance pour accroître « l'autorité et la crédibilité » de l'outil d'évaluation et du processus.

Impliquer les parties prenantes

Les parties prenantes sont des individus ou des groupes d'individus qui seront aptes à être touchés (ou qui pensent qu'ils seront touchés) soit de manière positive, soit de manière négative, par les changements promus. Les parties prenantes réagiront à l'initiative, soit en la favorisant, soit en s'y opposant, en fonction de leur perception de son impact et de leurs intérêts. L'attitude des parties prenantes envers l'initiative de SBM-R peut être critique à sa réussite à toutes les étapes du processus. Voilà pourquoi il est essentiel de gérer soigneusement les relations avec ces groupes et ces individus au cours de toute l'initiative.

Il existe deux catégories de parties prenantes :

Parties prenantes primaires : qui sont directement impliquées dans les processus étant changés ou améliorés.

Parties prenantes secondaires : qui sont indirectement impliquées dans les processus étant changés ou améliorés.

Les parties prenantes primaires d'une initiative de SBM-R seront typiquement des : prestataires, gestionnaires de structures sanitaires, administrateurs sanitaires et décideurs de politique, et des clients. Les exemples de parties prenantes secondaires sont : des organisations professionnelles, des universités, des organisations de la société civile (s'occupant des droits des consommateurs, groupes de plaidoyer, etc.), organisations religieuses, et organisations sociales et politiques. Les parties prenantes primaires sont plus aptes à exercer davantage d'influence sur le processus, bien que parfois, l'implication des parties prenantes secondaires puisse s'avérer être pertinente et importante.

Chacune des catégories de parties prenantes a un type distinctif d'intérêts. (Voir le **Tableau 17** pour des exemples des intérêts des parties prenantes et la **Figure 10** pour une matrice aidant à classifier les niveaux d'intérêt des parties prenantes.) La première tâche est de suivre les étapes ci-dessous et de s'informer autant que possible concernant ces intérêts :

- Identifier toutes les parties prenantes principales (primaires et secondaires)
- Spécifier la nature de leurs intérêts

- Evaluer le niveau de leur intérêt
- Evaluer les forces des parties prenantes et leur impact potentiel sur le projet

Tableau 17. Exemples d'intérêts des parties prenantes

PARTIES PRENANTES	TYPE D'INTERET
Prestataires de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Economique ■ Avantages sociaux et psychologiques ■ Absence de décisions arbitraires ■ Conditions du travail ■ Opportunités de développement personnel et professionnel
Gestionnaires de structures sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coûts des services ■ Résultats ■ Productivité ■ Opportunités de développement personnel et professionnel ■ Appui de l'administration au niveau de la direction/politique
Clients	<ul style="list-style-type: none"> ■ Efficacité et qualité des services ■ Assurance de la qualité ■ Environnement accueillant ■ Information technique sur les services ■ Coût des soins

Une fois la compréhension claire des intérêts des parties prenantes acquise, il nous faut gérer la situation pour obtenir leur soutien et pour travailler en collaboration vers un but commun, tout en tenant compte du fait qu'ils peuvent avoir des intérêts qui diffèrent des nôtres mais qu'ils ne sont pas des adversaires. Pour gérer les relations avec les parties prenantes, il nous faut essayer de :

- Commencer en nous basant sur l'appui de ceux qui sont déjà en faveur de l'initiative
- Neutraliser ceux qui sont contre l'initiative, incorporant leur points de vue ou négociant avec eux
- Maintenir le contact et la communication constante
- Suivre soigneusement les relations avec les parties prenantes qui promettent davantage d'influence potentielle

Figure 10. Déterminer le niveau d'intérêt à l'initiative de la SBM-R des parties prenantes

	En faveur	Contre
Beaucoup d'intérêt		
Pas beaucoup d'intérêt		

Quelques points clés du processus pour l'implication des parties prenantes :

- Conception de l'initiative de SBM-R
- Rassemblement de l'organisme de coordination
- Développement des standards de performance
- Définition de l'infrastructure de la facilitation
- Identification des mécanismes de récompense
- Mobilisation des ressources
- Prise de décisions sur l'institutionnalisation de l'initiative de SBM-R

Il est important de tenir des réunions périodiques avec les parties prenantes pour les tenir au courant des progrès de l'initiative, revoir des questions potentielles ou des développements nouveaux et mobiliser leur appui. La fréquence de ces réunions variera selon les caractéristiques de l'initiative de SBM-R mais, en général, il faudrait organiser au moins deux ou trois réunions par an pour passer en revue les progrès généraux.

Lors des réunions avec les parties prenantes, il importe d'arriver à des points d'accord spécifiques et concrets. Ces accords peuvent être plus ou moins formels, selon la question dont on discute. Plus la question est pertinente à l'initiative de SBM-R, plus l'accord devrait être formel. La plupart du temps, les accords convenus lors de ces réunions se fondent sur la l'acceptation des parties prenantes des décisions prises. En certains cas, pourtant, il peut s'avérer utile d'utiliser l'influence d'un niveau d'autorité formelle pour renforcer les actions convenues. Voir la **Figure 11** pour une matrice des types d'accords avec les parties prenantes.

Figure 11. Déterminer les types d'accord avec les parties prenantes à l'initiative de SBM-R

	Volontaire	En vigueur
Formel	Accord écrit	Ordre écrit
Informel	Accord verbal	Ordre verbal

Créer une infrastructure initiale

Les entités d'appui qu'il faut créer ou développer à cette étape sont l'organisme de coordination de la SBM-R, le groupe de conseillers techniques et les équipes d'encadreurs. Il importe de s'assurer qu'un nombre adéquat de conseillers techniques, compétents en la matière pertinente et en compétences de formation et capables d'assumer le rôle de mentor sont disponibles dès le début du processus pour assurer un soutien aux structures participant.

La formation de ces équipes d'encadreurs commence à cette étape avec la mise en œuvre du premier module de formation. Ce module fournit aux équipes les compétences nécessaires pour appuyer les activités de la phase de préparation et d'initiation. (Pour des détails concernant l'organisation du mécanisme de coordination et le développement de conseillers techniques et d'encadreurs, voir le chapitre « Faciliter la SBM-R » ci-dessus.)

Promouvoir l'initiative de SBM-R aux niveaux local et de la structure

La participation à la SBM-R devrait être volontaire. Chaque structure sanitaire doit donc prendre la décision concernant sa participation au processus. Les encadreurs devraient fournir l'information aux autorités de district/provinces, ONG et structures, tel qu'approprié, sur les objectifs, la méthodologie, les outils, les activités, les avantages, les défis et les engagements nécessaires pour le processus de SBM-R. A cette fin, les encadreurs devraient organiser des réunions aux niveaux appropriés (districts sanitaires, ONG ou structures sanitaires). Après avoir reçu l'information, chaque district/ONG et structure devrait prendre la décision concernant sa participation au processus de la SBM-R et signaler formellement (par exemple, par une lettre d'accord) sa décision aux encadreurs et/ou à l'organisme de coordination, incluant une liste des personnes de contact pour l'initiative, aux fins de coordination et de communication.

Le **Tableau 18** montre un guide et une liste de participants, utilisés par des encadreurs formés pour mener des réunions de publicité dans les hôpitaux pour une initiative de prévention des infections SBM-R au Malawi.

Tableau 18. Guide des encadreurs et liste des participants pour une initiative de prévention des infections au Malawi

PROGRAMME POUR LA REUNION	LISTE DES PARTICIPANTS INVITES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Accueil et présentations ■ Pourquoi la prévention des infections est-elle importante ? avantages de l'amélioration de ces pratiques (par exemple, la PI protège les prestataires de soins, les clients et l'environnement, diminue les infections nosocomiales, accroît l'efficacité, raccourcit la période d'hospitalisation, réduit les coûts) ■ Sommaire du processus de la SBM-R (dont les étapes, avantages, exigences, etc.) ■ Outil d'évaluation ■ Enquête de base et les étapes suivantes ■ Comment les comités et les équipes de PI seront organisés ■ Soutien et engagement de la part de l'administration nécessaires 	Directeur d'hôpital Gestionnaire d'hôpital Chefs de départements Infirmière-chef

Evaluer les lacunes de performance

L'identification initiale des lacunes de performance nécessite une enquête de base. Dans la plupart des cas, lors de la première enquête, les encadreurs formés devraient appuyer activement les équipes de la structure qui vont réaliser l'enquête. Dans d'autres cas, la structure peut mettre en œuvre toute seule l'enquête de base, selon les instructions incluses dans l'outil d'évaluation.

L'équipe de la structure devrait planifier et préparer l'enquête de base et s'assurer que :

- L'équipe d'enquêteurs a suffisamment d'information concernant la structure (par exemple : heures d'opération, circulation des clients).
- Les dates de l'enquête ont été communiquées aux gestionnaires et prestataires de la structure.
- Les gestionnaires de la structure et le personnel ont été informés sur le contenu de l'enquête de base.
- Des membres du personnel de chaque domaine à être évalué ont été identifiés (par exemple : le personnel du laboratoire, de la clinique prénatale, de la buanderie).
- Les responsabilités des membres de l'équipe d'enquêteurs ont été clairement définies.
- Le matériel nécessaire (dont des copies de l'outil d'évaluation, crayons, gommes, etc.) est disponible.
- Les procédures et routines de la structure seront respectées (par exemple : horaires, tenue).
- L'intimité des patients sera respectée et l'équipe d'enquêteurs n'entravera pas les services fournis au public.

Il importe que les enquêteurs se familiarisent avec l'outil d'évaluation avant d'entreprendre l'enquête de base. Certains types de services nécessitent la participation à l'équipe d'un enquêteur ayant de l'expertise dans des domaines spécifiques (par exemple : travail et accouchement, counseling et dépistage pour le VIH).

L'équipe qui mène l'enquête de base doit se réunir pour passer en revue et calculer le score des résultats dès l'achèvement de l'enquête. (Voir le **Tableau 19** pour un exemple du calcul du score de la performance d'une enquête de base.)

Calculer les résultats d'une enquête de base

Pour remplir le formulaire sommaire :

- Ecrire le nombre de standards de performance atteints par domaine et au total.
- Calculer et noter le pourcentage de standards de performance atteints et au total.

Tableau 19. Exemple d'un formulaire sommaire pour les services de conseils et dépistage volontaires (CDV)

DOMAINES	TOTAL DES STANDARDS DE PERFORMANCE PAR DOMAINE	STANDARDS DE PERFORMANCE ATTEINTS	
		Nombre	%
Education en groupe avant le test pour le VIH/SIDA et le CDV	6	2	33
Counseling individuel avant le test	7	3	43
Test pour le VIH	9	4	44
Counseling individuel après le test	12	2	17
Systèmes d'appui pour le CDV	11	4	36
Total	45	15	33

Après avoir passé en revue l'outil d'évaluation, calculé le score et rempli les formulaires, l'équipe d'enquêteurs préparera la réunion de feedback pour partager les résultats de l'enquête de base avec les gestionnaires et le personnel clé de la structure (par exemple : le directeur, les chefs de département, l'administrateur de la structure). Si nécessaire, les conseillers techniques doivent aussi participer à la réunion de feedback. Il est très important de programmer le feedback dans les meilleurs délais afin de tirer parti des attentes générées parmi le personnel de la structure par l'enquête de base. Lors de la réunion il s'agit d'identifier les domaines de force et les lacunes de performance afin de pouvoir utiliser ces résultats comme base pour la mise en œuvre de changements et d'améliorations.

La durée de l'enquête de base variera selon les services à être évaluée mais en générale on devrait la compléter en un ou deux jours.

QUE FAIRE PENDANT LA REUNION DE FEEDBACK

Pendant la réunion de feedback l'équipe d'enquêteurs devrait :

- Donner ses propres impressions, pas celles des autres.
 - Respecter l'amour propre des membres du personnel de la structure.
 - Fournir une copie de l'outil d'enquête avec les résultats et le rapport sommaire.
 - Présenter les résultats au personnel de la structure au total et par domaine.
 - Etre spécifique et descriptive.
 - Commencer toujours par les aspects positifs et féliciter la structure sur les domaines dans lesquels la performance s'est améliorée.
 - Présenter les lacunes de performance par domaine.
 - Suggérer que la structure puisse lancer les améliorations en abordant les lacunes relativement simples.
 - Informer le personnel que l'appui sera fourni pour aborder les lacunes plus complexes.
 - Etre interactive et solliciter les suggestions et opinions du personnel.
-

RENFORCEMENT

Lors de la seconde phase, les tâches principales sont de :

- commencer les améliorations et donner preuve de résultats tangibles
- créer/renforcer les équipes et les réseaux de personnel de mise en œuvre engagé, et
- développer un système de feedback.

Commencer les améliorations et atteindre les résultats initiaux

L'un des facteurs les plus importants pour promouvoir le changement est l'atteinte de résultats positifs pour la structure. Lorsque les gestionnaires, les décideurs et les autres parties prenantes, dont les clients et la communauté, voient des résultats, ils sont plus inclinés à appuyer les initiatives de changement. Voilà pourquoi la SBM-R se focalise sur l'atteinte de résultats dès le début du processus. Les encadreurs orientent les équipes locales à examiner les lacunes de l'évaluation de base et à diviser les lacunes en trois catégories générales :

- Lacunes qui ne demandent pas une analyse des causes considérable parce que la solution est évidente et simple (par exemple : désigner une personne pour la prise en charge d'une tâche, les achats mineurs pour remplacer des pièces d'équipement, modifier le rangement des fournitures et de l'équipement pour les rendre plus facilement disponibles au point d'emploi).
- Lacunes probablement causées par des facteurs sous le contrôle local/de la structure qu'on pourrait éliminer avec la mobilisation de ressources locales (par exemple : modifier certaines procédures internes, modifier la répartition du travail au sein de la structure, changer l'allocation interne de ressources, prévoir certains types de formation, mettre en œuvre certains types de motivation).
- Lacunes probablement causées par des facteurs hors du contrôle local/de la structure et qui demandent normalement la mobilisation de ressources externes considérable (par exemple : changement de politique, accroissement des honoraires, accroissement de l'effectif du personnel, budgets supplémentaires, réaménagement physique des locaux/construction).

Les gestionnaires et les prestataires sont encouragés à faire des changements immédiats en commençant avec les choses les plus simples pour lesquelles les causes sont sous le contrôle local, « à porté de main ». A ce moment de début, on souligne l'action plutôt que l'analyse approfondie. Des interventions rapides produisent des résultats rapides qui attirent l'attention des gestionnaires et accroissent la motivation du personnel du processus de changement.

Un autre avantage des interventions rapides est qu'elles permettent le développement graduel de compétences de gestion du changement chez les agents sanitaires locaux. Les agents se familiarisent graduellement avec les multiples voies de prestation de services et le processus de gestion et ils deviennent plus capables de les gérer en faveur du changement. De plus, la mise en œuvre de changements relativement simples qui obtiennent des résultats observables élève le niveau de confiance des membres du personnel local.

En résumé, les interventions rapides :

- produisent des résultats immédiats
- produisent le sens d'habilitation
- créent la dynamique pour le changement
- augmentent les compétences de gestion du changement

Normalement, après avoir eu de l'expérience avec la mise en œuvre de changements basés sur les interventions rapides et la résolution de causes sous contrôle local, les équipes d'amélioration sont prêtes à faire face de manière plus efficace aux causes plus compliquées ou fondamentales qui demandent une analyse plus soigneuse et l'apport d'appui externe.

Renforcer les équipes et les réseaux de personnel de mise en œuvre engagés

Pour mettre en œuvre les interventions, il convient d'organiser les équipes d'agents sanitaires au niveau de la structure, par unité/service, selon le besoin. Pour créer et étendre les équipes, les agents devraient :

- Identifier les champions. Dans presque toutes les structures, il y a des individus qui sont en mesure de comprendre les avantages des améliorations proposées avant le reste de leurs collègues. Ces agents, connus comme adaptateurs précoces des innovations, sont d'habitude des individus très capables et motivés, qui gagnent le respect de leurs collègues et co-travailleurs. Ces champions devraient être les leaders et l'ossature des équipes d'amélioration SBM-R des structures.
- Elargir les équipes de mise en œuvre avec des gens engagés. En outre des champions, les équipes devraient s'étendre pour incorporer d'autres agents qui sont ouverts au changement, qui désirent collaborer et sont capable d'assumer des responsabilités et des engagements. Ils sont essentiels à la planification, la coordination et la réalisation des activités nécessaires pour le processus.

Une façon qui s'est avérée utile pour organiser les équipes des structures est de nommer une équipe centrale de SBM-R pour guider l'amélioration et des équipes provenant de chaque domaine examiné à l'aide de l'outil d'évaluation. L'équipe centrale aura la responsabilité de coordonner l'initiative entière et les équipes des domaines seront chargées de coordonner et mettre en œuvre les améliorations de chaque domaine. Organiser des équipes autour des domaines de l'outil d'évaluation (par exemple : prévention des infections, travail et accouchement, buanderie, bloc opératoire, soins prénatals, etc.) aide à clarifier les responsabilités, renforce le travail d'équipe et motive une

compétition saine parmi les domaines d'une structure. Les membres de la communauté peuvent aussi être inclus dans les équipes de la structure si approprié. Les membres de la communauté peuvent souvent agir comme plaideurs et aider les équipes locales à mobiliser les ressources de la communauté. (Voir le **Tableau 20** pour un exemple de matrice pour organiser les équipes de Soins obstétricaux essentiels.)

Tableau 20. Equipes de soins obstétricaux essentiels

	COORDINATEUR	MEMBRE	MEMBRE
Complications de la grossesse			
Travail, accouchement, soins du post-partum et soins du nouveau-né			
Services d'appui			
IEC			
Ressources humaines, physiques, et matérielles			
Systèmes de gestion			

Le plan opérationnel est l'outil de base pour organiser le travail de chaque équipe. En fonction des résultats de l'évaluation, chaque équipe de domaine devrait préparer un plan d'action simple, ébauchant les résultats de l'évaluation les lacunes/causes qu'elle voudrait corriger ; quelle sera l'intervention ; qui est responsable ; les ressources nécessaires ; la date du début et la date limite. Etablir les dates limites et la répartition des responsabilités sont des tâches particulièrement importantes pour promouvoir l'action. L'identification des ressources potentielles nécessaires est utile pour guider les efforts de mobilisation des ressources visant à garantir l'action.

Il importe de passer en revue périodiquement le plan opérationnel pour vérifier l'achèvement des tâches et pour en ajouter de nouvelles. Il est recommandé de tenir une réunion de monitoring mensuel pour vérifier les progrès faits au niveau des plans d'action et de faire une révision plus

étendue tous les trois ou quatre mois. (Voir le **Tableau 8** ci-dessus pour l'exemple d'un formulaire pour le plan opérationnel.)

A la même époque où le travail se déroule dans les structures, il importe de développer des réseaux de structures sanitaires en train d'entreprendre le même processus d'amélioration. Les réseaux sont des mécanismes importants pour l'appui mutuel et un véhicule très efficace pour l'échange ouvert d'expériences et des meilleures pratiques par le biais d'une communication latérale non-hiérarchique.

Développer un système de feedback

Une fois la mise en œuvre et les plans opérationnels lancés et l'évidence des améliorations en cours, il importe de vérifier périodiquement les progrès vers l'atteinte des standards de performance. Cette information est utile pour les personnes effectuant directement les activités d'amélioration ainsi que pour les parties prenantes du processus.

Nous pouvons nous informer sur les progrès du processus par le biais des différents types d'évaluation effectués grâce à l'outil d'évaluation. Tel que mentionné ci-dessus, l'auto-évaluation par les prestataires, les évaluations des paires parmi les collègues, le monitoring interne, la supervision facilitant, les évaluations externes et les contributions par les clients et les communautés constituent un système de feedback multidimensionnel qui crée des sources multiples d'appui et de contrôle pour le processus.

Il importe d'encourager les gestionnaires et les prestataires au niveau de la structure d'effectuer ces types d'évaluations périodiquement et systématiquement. Leurs résultats, surtout ceux qui proviennent du monitoring interne, de la supervision facilitative et des contributions des clients et de la communauté, devraient être disséminés, tel qu'approprié, parmi le personnel de la mise en œuvre du processus et les parties prenantes clés. Pour ce faire, il sera important de développer des mécanismes fonctionnels de communication au sein de la structure et en dehors, dont des réunions périodiques et les voies orales et écrites. (Voir le chapitre « Rôle de la communication, » pour de plus amples informations à ce sujet.)

Certains des défis des auto-évaluations ou des évaluations internes se rapportent à leur crédibilité. Surtout au début du processus, il se peut que le personnel de la structure ne connaisse pas assez l'outil d'évaluation et les méthodes de recueil de données ou du calcul du score. Ceci peut introduire des erreurs au niveau des mesures initiales. En outre, dans des environnements punitifs, le personnel de la structure peut être exposé à la tentation de gonfler les scores à tort. L'expérience montre, pourtant, que les prestataires de santé arrivent à comprendre graduellement l'importance d'information valide pour guider le processus d'amélioration dans leur structure. La création d'un environnement plus ouvert et l'existence d'autres sources de contrôle non-hiérarchiques du processus sont salutaires à cet égard.

Outre ces mécanismes, l'échange des meilleures pratiques ou le benchmarking parmi les réseaux de structures est une autre stratégie très efficace pour générer le feedback et l'appui. De la perspective de la gestion du changement, la mise en œuvre de benchmarking a d'importants avantages.

Le benchmarking :

- Constitue un « réveil » efficace et aide à plaider pour le changement.

- Fournit une façon plus efficace pour concevoir et mettre en œuvre des moyens pour combler les lacunes de performance. Souvent des solutions réussies, développées par une structure prennent en compte les conditions locales et peuvent facilement être adaptées à d'autres structures ayant des caractéristiques similaires.
- Exerce un effet motivant important. Il renforce la morale du personnel qui partage des expériences réussies et favorise le processus d'amélioration dans leur structure. Le benchmarking facilite aussi la tâche de ceux qui apprennent de l'expérience des autres et leur fournit un modèle et un but à atteindre et à dépasser.
- Crée et renforce les réseaux de collaboration et favorise une culture accueillante aux approches et aux idées nouvelles.
- Renforce le processus d'apprentissage par le biais de l'apprentissage mutuel et l'échange d'expériences.
- Crée une source supplémentaire d'appui et de contrôle provenant de collègues et de paires pour améliorer le processus.

Le **Tableau 21** (ci-dessous) donne des exemples de résultats de plusieurs évaluations de monitoring. De tels résultats peuvent être utilisés pour mener des activités de « benchmarking ». Les structures ayant un score inférieur dans un domaine peuvent chercher d'autres structures avec des scores brillants dans le même domaine et essayer d'en tirer des leçons qu'elles peuvent adopter. Les structures peuvent échanger de l'information sur leurs progrès et leurs atteintes lors des réunions (telles que les séances de formation sur les modules pour les encadreurs ou des réunions périodiques organisées à cette fin) ou utiliser la communication écrite ou électronique.

En se basant sur l'information partagée, les structures peuvent organiser des visites de « benchmarking » pour s'informer sur les améliorations effectuées dans d'autres structures. Pour profiter pleinement de ces visites, les structures devraient suivre des étapes recommandées :

- Identifier le domaine à passer en revue et la lacune à combler.
- Identifier les partenaires potentiels pratiquant les « meilleures pratiques ».
- Contacter les partenaires.
- Sélectionner une « équipe de benchmarking » (les personnes appropriées avec des connaissances de la matière du domaine).
- Préparer la visite de « benchmarking » (information à recueillir, logistique de la visite).
- Réaliser la visite de « benchmarking ».
- Analyser les constatations de la visite et offrir des recommandations.
- Mettre en œuvre les recommandations et assurer le monitoring.

CONSOLIDATION

Les tâches principales à cette étape sont les suivantes :

- Accroître et étendre les améliorations de la performance et de la qualité à un niveau significatif.
- Institutionnaliser le processus de la SBM-R.
- Étendre le rôle des clients, de la communauté et d'autres circonscriptions.
- Récompenser les atteintes et les faire connaître par le public.

Tableau 21. Exemple d'une enquête pour mesurer les progrès (Tableau montrant le pourcentage des standards atteints dans sept hôpitaux au Malawi)

DOMAINES	CHIKAWAWA DH			ST. JOHN'S H			LCH			MZUZU CH			QECH			ZOMBA CH			LIKUNI H			
	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext	
Equipement/ Stérilisation, Bloc opératoire	8.3	59.2	58.3	37.5	83.0	83.3	4.2	73.0	83.3	37.5	39.0	83.3	12.5	64.9	83.3	29.1	54.0	41.6	31.8	62.0	81.8	
Bloc opératoire			54.5			90.9			68.8			95.8			81.8			22.7				90.9
Systèmes d'isolement	0.0	9.1	10.0	0.0	63.0	90.0	0.0	18.2	10.0	0.0	27.3	60.0	0.0	45.4	40.0	0.0	27.0	20.0	0.0	36.0	80.0	
Travail Accouchement	8.0	55.6	77.7	8.3	72.0	83.3	25.0	44.4	50.0	25.0	39.0	83.3	25.0	61.1	83.3	33.3	83.0	33.3	16.6	66.7	88.8	
Salles médicales, chirurgicales et d'urgences	7.6	34.0	12.9	15.4	84.0	90.9	30.7	56.0	31.8	7.14	63.6	86.0	7.1	61.3	86.3	0.0	41.0	44.7	35.7	61.0	80.0	
SMN/PF	0.0	54.5	65.2	18.2	63.0	100	16.6	77.3	62.5	58.3	77.3	100	58.3	81.8	87.0	16.6	68.0	60.8	54.5	40.9	85.7	
Soins dentaires	0.0	78.5	57.1	13.0	78.0	92.7	20.0	93.0	64.2	20.0	57.0	92.7	20.0	71.4	85.7	0.0	87.0	71.4	20.0	50.0	80.0	
Laboratoire	8.0	58.8	68.2	25.0	58.0	100	16.6	64.7	36.3	8.0	29.4	80.9	8.0	58.8	86.3	25.0	64.0	27.2	25.0	52.9	81.7	
Post mortem	0.0	50.0	83.3	0.0	75.0	83.3	0.0	58.3	50.0	0.0	83.3	91.6	0.0	66.6	83.3	0.0	75.0	66.6	N.O.	66.6	83.3	
Administrative	0.0	16.7	12.5	0.0	50.0	87.5	25.0	16.7	12.5	0.0	0.0	85.0	0.0	33.3	87.5	0.0	33.0	25.0	0.0	33.0	100	
Education : Patient/Client	0.0	0.0	0.00	0.0	50.0	100	0.0	50.0	0.0	25.0	0.0	100	25.0	75.0	100	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	75.0	
Préparation de l'alimentation	14.0	14.3	14.2	0.0	71.0	85.7	14.2	71.4	85.7	28.5	85.7	100	28.5	28.5	85.7	14.2	57.1	71.4	42.8	57.0	85.7	
Buanderie	16.3	83.3	83.3	16.7	50.0	83.3	83.3	100	83.3	33.3	56.7	100	33.3	66.6	83.3	33.3	67.0	66.6	33.3	83.0	100	
Elimination des déchets	0.0	40.0	20.0	66.7	80.0	100	25.0	0.0	40.0	0.0	60.0	100	0.0	80.0	60.0	0.0	20.0	40.0	75.0	80.0	80.0	
Total	6.6	47.2	46.4	21.7	73.0	90.8	19.3	60.6	48.0	19.1	51.7	88.7	19.1	63.1	83.1	16.6	56.0	43.7	30.0	57.7	89.7	

Enquête de base (mars à juillet 2002)

Enquête interne (mai/juillet 2003)

Enquête externe (juin/juillet/août 2004)

Atteindre les buts d'amélioration

Arrivé à l'étape de consolidation, les lacunes les plus simples et les moins complexes ont souvent été abordées et résolues. Il est probable que les structures auront atteint 60 pour cent ou plus des standards de performance. Pour atteindre un niveau significatif de qualité, cependant, il est généralement nécessaire d'atteindre au moins 80 pour cent des standards. Atteindre la prochaine étape de la qualité nécessite maintenant des types d'action différents :

- Re-focaliser sur les lacunes persistantes. Au début du processus, il était recommandé de commencer par les lacunes moins résistantes, sans établir la priorité des lacunes. A la présente étape, il importe de concentrer l'énergie de l'équipe sur les lacunes persistantes qui ne donnent pas d'évidence d'amélioration et qui acquièrent un impact plus important sur l'atteinte des standards.
- Effectuer une analyse plus approfondie des causes des lacunes. Les équipes d'amélioration qui ont typiquement gagné de l'expérience considérable pour promouvoir et mettre en œuvre les changements dans la structure devraient maintenant consacrer plus d'attention à l'analyse des causes des lacunes persistantes pour essayer de trouver les causes fondamentales. Cette tâche nécessite souvent un effort d'équipe élargi pour incorporer l'expérience et les opinions d'un plus grand nombre de prestataires de santé. Des réunions plus soigneusement préparées et une analyse plus systématique de l'information seront aussi nécessaires.
- Etablir des buts d'amélioration clairs. Au début du processus, le plus important était de profiter de toute opportunité d'effectuer des améliorations. Au présent stade, il faut établir des buts définis spécifiant les lacunes à réduire ou combler et le temps à impartir.
- Mobiliser les ressources techniques et financières supplémentaires. Les analyses plus approfondies des causes des lacunes et l'identification d'interventions appropriées peuvent nécessiter l'appui d'une ressource spécialisée externe à la structure. Les équipes d'amélioration, appuyées par les encadreurs, devraient être prêtes à mobiliser un tel soutien. De même, il se peut qu'il y ait besoin de ressources financières supplémentaires provenant de sources différentes potentielles et il faudra redoubler les efforts pour les mobiliser de manière créatrice.

Institutionnaliser la SBM-R

Les interventions nécessaires pour combler les lacunes plus complexes sont normalement celles qui traitent les facteurs systémiques. Il est probable qu'à cette étape les équipes d'amélioration s'occupent de causes fondamentales plutôt que de symptômes ou de causes apparentes. Les interventions mises en œuvre à cette phase sont typiquement liées à des changements de politiques institutionnelles dépassant les frontières de la structure et allant aux niveaux provinciaux ou de district, même jusqu'au niveau national. Ces interventions s'alignent dans les zones de systèmes organisationnels tels que la gestion des ressources humaines (dont la définition et affectation du personnel ou les politiques de salaire et de récompenses), des allocations budgétaires, la réfection/construction des locaux physiques, les politiques de prestation de services et autres.

Le changement de systèmes d'organisation d'envergure plus large est difficile, mais cette démarche est généralement essentielle pour combler les lacunes plus complexes. Nous avons plus de chance de réussir si nous avons déjà renforcé notre influence en créant une dynamique adéquate pour le changement et si nous avons pris les mesures suivantes :

- Obtenir des résultats visibles du processus d'amélioration. Les résultats positifs sont importants parce que les gestionnaires de niveau avancé et les décideurs de politique pourront s'imaginer les avantages du processus d'amélioration pour l'organisation dans son ensemble et seront plus disposés à fournir un appui à l'initiative. L'effet de résultats positifs est encore plus fort s'ils ont été obtenus grâce à la mobilisation de ressources locales, parce que les gestionnaires et les décideurs verront que ce n'est pas sur leurs épaules que tombera toute la responsabilité pour soutenir le processus.
- Générer l'opinion publique en faveur des changements réalisés. L'opposition aux changements systémiques plus étendus des gestionnaires et des décideurs de niveau avancé sera moins forte si nous avons réussi à générer le soutien de différents secteurs civils impliqués dans l'initiative, tels que les prestataires, les clients, les gestionnaires locaux et les leaders communautaires ainsi que les organisations professionnelles, mouvements de droits des consommateurs et d'autres organisations de la société civile. L'appui de ces secteurs peut se manifester par des activités de plaidoyer différentes en faveur des changements proposés.
- Définir clairement les changements que nous désirons. Lorsqu'on poursuit le changement systémique, il est très important d'être aussi spécifique que possible, de définir clairement les limites des actions proposées afin d'éviter que les gestionnaires et les décideurs se sentent accablés et menacés par les conséquences éventuelles des changements. A cet égard, il est utile dans la mesure du possible, d'avoir une idée approximative des coûts potentiels des propositions pour éviter des demandes irréalistes.

Un autre aspect de la mise en œuvre au niveau institutionnel élargi est qu'elle aide à rendre les améliorations moins réversibles. A cette étape, nous voulons assurer que les changements positifs seront aussi durables que possible.

Etendre le rôle des clients et des communautés

Atteindre la qualité durable nécessite non seulement l'action décisive et l'engagement du côté de prestation ; il est aussi essentiel d'avoir la participation informée et proactive des utilisateurs des services sanitaires. Il existe plusieurs moyens par lesquels les clients et les communautés peuvent contribuer au renforcement des changements promus par le processus de SBM-R :

- Fournir leur perspective et leurs préférences en matière de qualité
- Plaidoyer pour l'amélioration de la qualité
- Participer aux activités d'amélioration de la performance et la qualité et les appuyer
- Agir comme source de contrôle de la qualité

Pour des détails concernant le rôle des clients et des communautés dans la SBM-R, voir le chapitre « Renforcer la demande et la participation ».

Reconnaître et disséminer les atteintes

Un autre mécanisme puissant pour renforcer les changements est la reconnaissance des atteintes lors du processus de SBM-R. Tel que décrit plus haut, la reconnaissance peut s'exprimer sous forme de feedback, de reconnaissance sociale ou récompense matérielle ou par ces éléments combinés.



Photo de : JHPIEGO/Malawi

Cérémonie de reconnaissance pour le personnel de l'hôpital au Malawi

Les éléments essentiels de la SBM-R sont les activités de reconnaissance et les cérémonies qui ont lieu lorsque les structures atteignent le niveau établi de standards de qualité. Cette cérémonie devrait inclure les leaders du sommet de l'institution de laquelle relève la structure (ministère de la santé, ONG), représentants de la communauté et de la société civile (dont des représentants du gouvernement local, si approprié) et le personnel et les gestionnaires de la structure.



Photo de : JHPIEGO/Malawi

Présentation d'une plaque commémorative

Au cours de la cérémonie, les leaders institutionnels ou des membres du gouvernement local confèrent typiquement une récompense symbolique (par exemple : plaque commémorative, diplôme) aux représentants de la structure pour célébrer l'atteinte des standards. Cette récompense symbolique peut être liée à des récompenses matérielles quelconques à l'intention de la structure (récompense monétaire, allocations budgétaires augmentées, ou bénéfiques en nature telles que l'équipement, des fournitures ou des opportunités de développement professionnel).

L'un des buts d'une cérémonie de reconnaissance de haute visibilité, outre la reconnaissance des accomplissements de la structure, est de sensibiliser le public aux niveaux souhaités de la qualité des soins. Les clients et les communautés qui sont davantage conscients des hauts niveaux de qualité atteints par la structure créent une pression pour maintenir les améliorations atteintes. De même, la cérémonie de reconnaissance facilite la dissémination de l'expérience parmi le personnel d'autres structures qui ne participent pas encore au processus d'amélioration de la performance et de la qualité. Il est plus facile de rehausser la conscience en utilisant des stratégies de communication appropriées, dont les masses médias/la couverture de presse de la cérémonie (journaux, radio et/ou télévision). Pour de plus amples informations concernant la conception et l'utilisation de stratégies de communication, voir le chapitre : « Rôle de la communication. »

Les trois phases du processus de SBM-R—préparation et initiation, renforcement et consolidation—constituent les différentes étapes d'un processus continu d'apprentissage pour tous les intéressés (personnel de la structure, clients, communautés, encadreurs, conseillers techniques et leaders institutionnels). Cet apprentissage en collectivité est la condition et la base de la durabilité et du développement ultérieur de l'initiative d'amélioration de la qualité et de la performance.



Photo de : JHPIEGO/Malawi

Le groupe de théâtre de l'Hôpital Central Mzuzu joue une saynète sur la prévention des infections lors d'une cérémonie de reconnaissance au Malawi

RENFORCER LA DEMANDE ET LA PARTICIPATION

La participation informée et proactive des utilisateurs de services de santé sera l'un des aspects les plus importants des systèmes sanitaires de ce siècle. Les clients et les communautés peuvent jouer un rôle clé pour définir, promouvoir, atteindre et soutenir la qualité des services de santé. Tel que mentionné ci-dessus, pour le faire, il s'agit de :

- Fournir des opinions concernant leurs perceptions et leurs préférences en matière de qualité
- Plaidoyer pour l'amélioration de la qualité
- Participer aux activités de l'amélioration de la performance et de la qualité et les soutenir
- Agir en tant que source de contrôle de la qualité

OBTENIR LES CONTRIBUTIONS DES CLIENTS ET DE LA COMMUNAUTE

Apprendre les préférences concernant les soins sanitaires qu'ils reçoivent ou qu'ils voudraient recevoir est une contribution précieuse à la conception et l'organisation des services de santé. Il est fort probable que les services adaptés à leurs goûts augmentent la satisfaction des clients et facilitent l'extension de l'accès aux services et de leur utilisation.

Il existe plusieurs moyens pour augmenter les connaissances des perceptions et préférences des clients et des communautés se rapportant aux services de santé. L'une des options est de passer en revue et analyser l'information existante disponible. Normalement, il est possible d'obtenir l'information sur l'utilisation des services sanitaires d'enquêtes nationales/régionales (par exemple, les « Enquêtes démographiques et de santé » des CDC (Demographic and Health Surveys). Cette information est souvent classée par type de structure et de prestataire et parfois les opinions données par les clients sont aussi spécifiées. D'autres sources d'information sont les études spécifiques, quantitatives ou qualitatives, au sujet des types particuliers de prestation et d'utilisation de services, telles que les études de l'acceptation et la continuation de méthodes de contraception ou des rapports sur l'utilisation des structures sanitaires pour l'accouchement.

Des fois, aucune information n'est disponible sur le type de services ayant besoin d'être améliorés et il faut donc recueillir les données. A cette fin il est souhaitable d'utiliser des méthodes relativement rapides et à coût abordable, tels que des enquêtes d'envergure limitée ou des réunions avec des représentants des clients et de la communauté. Par exemple, au Malawi une ONG local a mené une enquête rapide des perceptions et préférences concernant les pratiques de prévention des infections dans les hôpitaux afin d'obtenir l'information nécessaire pour une initiative de SBM-R. On a enquêté des clients actuels et potentiels dans un échantillon d'hôpitaux dans des régions sélectionnées du pays, à l'aide d'un questionnaire standardisé. Un autre exemple est l'initiative PROQUALI au Brésil, où les programmes du Centre pour les Programmes de communication (CCP) de l'École de Santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins ont recueilli de l'information sur les préférences des clients en matière de santé de la reproduction, utilisant une méthodologie de groupe de discussion dirigée appliquée à des clients actuels et potentiels des centres de santé. Au Guatemala, les CCP ont utilisé une méthodologie de vidéo-participatif pour faciliter le dialogue avec des membres de la communauté sur l'utilisation de la structure pour l'accouchement et les préférences des clientes en matière de soins maternels.

Quelle que soit la méthode que nous appliquons, elle doit incorporer les contributions aux standards de performance des clients et de la communauté. Par exemple, de l'enquête sus-mentionnée faite au Malawi, nous avons pu apprendre que les clientes étaient préoccupées par les locaux d'attente mal ventilés dans les hôpitaux, craignant d'y acquérir des maladies. Dans l'expérience de PROQUALI au Brésil, les clientes se préoccupaient de la propreté des toilettes ; au Guatemala, les femmes enceintes préféraient être accompagnées d'un membre de la famille ou d'une accoucheuse traditionnelle lors de leur accouchement dans une structure sanitaire. Incorporer ces points de vue aidera à rendre les services améliorés plus agréables aux utilisatrices.

PLAIDOYER POUR LES SERVICES DE HAUTE QUALITE

Les clients peuvent jouer un rôle très important en plaidant pour de meilleurs services de santé. L'opinion publique, exprimée de différentes manières (réunions directes, communications écrites, élections, etc.) est un moyen puissant pour influencer les décideurs clés et obtenir davantage d'appui pour les efforts d'amélioration des soins de santé. Ces efforts nécessitent souvent l'allocation de ressources adéquates et l'adoption de nouvelles politiques de santé ou la modification de politiques existant. Ce rôle de plaidoyer est même plus important dans le contexte de la décentralisation des soins. Au fur et à mesure que les gouvernements locaux ou de district commencent à jouer un rôle plus prononcé au niveau de la prise de décisions concernant les services de santé, ce rôle de plaidoyer devient plus critique pour ce qui est de l'assurance que les services et les ressources correspondent aux besoins et aux droits des clients et de la communauté.

Il est plus efficace de jouer le rôle de plaidoyer lorsque les clients et la communauté s'y connaissent mieux en la signification et les caractéristiques des services de haute qualité. La SBM-R facilite ce processus en établissant des standards de performance objectifs et concrets en matière de prestation de services de santé. Les clients et les communautés qui se familiarisent avec les standards peuvent travailler en partenariat avec les prestataires et les gestionnaires pour favoriser l'atteinte de ces standards. Par exemple, dans certaines municipalités participant à l'initiative PROQUALI au Brésil, des représentants de la communauté ont participé activement au monitoring périodique des structures utilisant l'outil d'évaluation de la performance. Ce processus leur a permis d'être conscients des lacunes et des besoins de la structure et les a instigués à contacter les gouvernements locaux pour obtenir le soutien nécessaire. De même, lors d'une initiative de santé maternelle et néonatale de SBM-R dans le Belize (ancien Honduras britannique), des représentants de la communauté ont participé à la présentation et l'analyse des résultats du monitoring périodique et ont ensuite travaillé avec les prestataires et gestionnaires de la structure en plaidant pour des ressources pour combler des lacunes de performance.

PARTICIPER A L'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE ET LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE

Outre leur plaidoyer pour des services de haute qualité, les clients et les communautés peuvent participer activement à la mise en œuvre des activités d'amélioration et à la mobilisation des ressources. Cette participation peut s'étendre de la collaboration individuelle aux efforts d'amélioration à une implication systématique et organisée de la communauté dans la supervision et la gestion de la structure. Des activités de communication et d'éducation en matière de santé (voir le prochain chapitre sur le « Rôle de la communication ») facilitent la collaboration de la part des clients en fournissant l'information. Dans plusieurs hôpitaux menant une initiative de SBM-R en matière de prévention des infections au Malawi, les clients et les parents (gardiens) les accompagnant aident à l'entretien des locaux de l'hôpital et à imposer les règlements de circulation. Dans certains hôpitaux, des volontaires aident au nettoyage des locaux selon un roulement spécifié. Les clients et les parents peuvent aussi travailler au sein d'un réseau et en partenariat avec les prestataires pour améliorer la conformité des patients à leur traitement.

Dans d'autres cas, des communautés organisées participent systématiquement à des comités surveillant l'organisation et l'opération des structures sanitaires. Dans ces cas, les standards de performance utilisés pour le processus de SBM-R aident les représentants de la communauté à mieux comprendre comment le service devrait opérer, en fonction de standards basés sur l'évidence scientifique.

Pour les types de participation communautaire plus systématique il est utile de suivre des méthodologies bien structurées telles que le Cycle d'Action communautaire, une approche bien définie et documentée à la mobilisation de communautés, étape par étape, aux fins de changements sanitaires et sociaux. Cette approche a été modifiée pour être utilisée dans les programmes de SBM-R. Le Cycle d'Action communautaire a été piloté par l'ONG Save the Children dans le cadre du Projet Communication pour la Santé (Health Communication Project—HCP), et il a été utilisé dans des programmes de SBM-R dans plusieurs pays, dont le Brésil, l'Indonésie et la Tanzanie, ainsi qu'en plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest. Les étapes essentielles de cette approche sont : a) mener une analyse de la communauté; b) adapter les outils existant ou en développer de nouveaux pour être mis en œuvre ; c) former les facilitateurs communautaires ; d) inviter et orienter la communauté ; e) évaluer et établir les problèmes de qualité par priorité ; f) ébaucher un plan de mise en œuvre ; g) superviser la mise en œuvre ; et h) évaluer le programme.

Pour de plus amples informations sur ce processus voir le manuel *Comment mobiliser les communautés pour la santé et le changement social (How to Mobilize Communities for Health and Social Change*. 2003. Howard-Grabman et Snetro).

AGIR EN TANT QUE SOURCE DE CONTROLE DE LA QUALITE

L'un des rôles les plus critiques des clients et des communautés est de participer à l'assurance que les services de santé sont fournis selon les standards de qualité. Pour habiliter les clients et les communautés à remplir ce rôle de manière efficace, certains mécanismes doivent être en place :

- **Activités d'information et d'éducation.** On doit informer les clients concernant les procédures et les étapes recommandées et leurs droits et responsabilités lors de la prestation de soins de santé. Cette information devrait être complétée par des activités éducationnelles visant à promouvoir des comportements positifs et habilitant les clients à mieux interagir avec les prestataires de soins. Les clients informés et habilités deviennent des partenaires efficaces des prestataires pour assurer de meilleurs résultats des activités sanitaires.
- **Voies et procédures pour le feedback.** Un autre mécanisme clé à développer est le système de feedback qui permet aux prestataires et aux clients de se tenir continuellement au courant de la manière dont ils jouent leurs rôles respectifs au niveau de la prestation des soins. Ce système peut inclure des mécanismes tels que boîtes à suggestions, interviews de sortie (orales ou écrites), réunions, bulletins d'information, systèmes pour la prise en charge des plaintes et autres.
- **Un système de responsabilité pour les prestataires et les clients.** Un système de contrôle efficace pour la qualité nécessite l'établissement clair des conséquences de la performance pour les clients ainsi que pour les prestataires. Il importe de s'assurer que ces conséquences seront appliquées de manière systématique et juste et qu'elles correspondent à l'importance de la performance, bonne ou mauvaise.

Ces mécanismes qui permettent aux clients et aux communautés de collaborer au contrôle de la qualité des soins de santé sont normalement incorporés dans les standards de performance SBM-R, soit dans la section se rapportant à la participation client/communauté, soit dans d'autres sections, telles que l'éducation des clients ou les systèmes de gestion.

ROLE DE LA COMMUNICATION

Dans le contexte de la SBM-R, les stratégies de communication sont utilisées non seulement pour sensibiliser les prestataires, les clients et la communauté à l'importance de la prestation de services de santé de haute qualité et pour générer la demande de tels services, mais aussi pour leur servir de modèles et de motivation de comportements positifs appuyant le processus d'amélioration de la qualité. Les stratégies de la communication de la SBM-R sont donc conçues pour avoir un impact sur les comportements des prestataires et des utilisateurs.

La communication stratégique a une influence sur le changement de comportements de la part du personnel de prestation de services par l'entremise de l'exemple de nouvelles normes qui reflètent les standards que le programme de SBM-R cherche à réaliser, et par la reconnaissance et la récompense publiques de ceux qui les atteignent. La communication a également un impact sur le comportement des utilisateurs des services à plusieurs niveaux. Il est possible de concevoir des messages pour informer les clients et les membres de la communauté sur leur droit à la qualité et pour élever leurs attentes des services qu'ils utilisent. Les clients arrivent à comprendre qu'ils ont droit à recevoir des services de haute qualité et ils commencent en conséquence à demander un niveau de qualité plus élevé. Il est possible d'utiliser la communication pour démontrer le comportement souhaité et motiver les clients à être plus proactifs et engagés dans leur propre santé, particulièrement lorsqu'ils consultent un prestataire.

En outre, les campagnes publicitaires pour les services ayant atteint le niveau nécessaire de conformité aux standards de performance servent à faire connaître à la population où aller pour des soins de haute qualité. Un produit dérivé d'une telle promotion est la génération de la demande de qualité au niveau local. Les activités de communication peuvent susciter l'intérêt et exercer une pression en inspirant les clients à demander une amélioration de la qualité.

TROIS MODES PRINCIPAUX DE COMMUNICATION

Les stratégies de communication efficaces utilisent une gamme de modes pour s'assurer que les messages et l'information concernant le programme touchent l'audience la plus étendue que possible et qu'ils auront l'effet souhaité. Traditionnellement, les audiences pour les programmes de communication de SBM-R se constituent de clients, prestataires, gestionnaires de cliniques ou de structures sanitaires, de membres de la communauté, leaders du niveau de district/local, de professionnels des médias et de gestionnaires de programmes. Les profils des différentes audiences nécessitent l'utilisation de divers modes ainsi que de renforcement des messages par le biais de plus d'un seul mode. Les modes de communication pour ces auditeurs incluent les suivants :

Masses médias. Les masses médias sont la télévision, la radio et les journaux qui touchent un large auditoire, souvent à l'échelle nationale. La stratégie de communication devrait profiter des ressources des réseaux médiatiques existant pour la meilleure couverture. Dès le début, on devrait considérer les masses médias comme partenaire important du programme. En plus de leur assistance au lancement du programme de SBM-R, les représentants des médias devraient être contactés tout au long du processus du programme de SBM-R pour mettre en valeur l'expansion du programme, ses atteintes et les collaborateurs exceptionnels (dont les clients ainsi que le personnel de la structure). Quant à la génération de matériel programmatique portant la marque unique de la SBM-R, un programme pourrait concevoir des messages publicitaires (« spots ») de télévision et de radio. La technologie devient de plus en plus une option viable pour d'autres outils tels que les sites web et les bulletins

électroniques capables de fournir des mises à jour continues sur le programme à l'intention des différentes parties prenantes.

Imprimés/Vidéo. Le matériel imprimé et vidéo peut renforcer les messages généraux transmis par les médias ainsi que des informations plus détaillées sur le programme de SBM-R. Le matériel imprimé et vidéo peut comporter des documents tels que les directives écrites du ministère de la santé concernant les buts du programme de SBM-R ; des brochures et affiches ; des vidéos mettant en valeur des activités de mise en œuvre de la SBM-R au niveau des structures ; des bulletins et documents de référence décrivant les rôles, standards et processus pour décerner des récompenses. Du matériel publicitaire peut aussi inclure de petits objets gratuits, tels que des porte-clés, des chapeaux, des boutons et des T-shirts à donner au personnel de prestation de services et au public.

Communication interpersonnelle entre individus et groupes. La communication interpersonnelle inclut des messages individuels, tels qu'un message entre superviseur et prestataire ou entre prestataire et client mais elle peut aussi inclure un conférencier parlant à un auditoire plus important. L'expérience montre qu'il importe d'avoir des leaders puissants et visibles qui agissent en tant que champions pour le programme de SBM-R. L'idéale serait la présence de champions et de leaders à des niveaux multiples—un personnage du gouvernement qui est en mesure d'avoir un impact sur la scène nationale ou un superviseur au niveau de district capable d'orienter et de motiver les prestataires. Leur rôle de plaidoyer et de motivation au sein du programme devrait être incorporé dans la stratégie de communication de la SBM-R. L'utilisation d'images visuelles accompagnées de témoignage personnel est particulièrement efficace pour représenter les comportements nécessaires pour la prestation de services de haute qualité parce que la plupart des gens sont persuadés des avantages d'une innovation grâce aux expériences d'autres individus.

Bien qu'il ne soit pas absolument nécessaire de mettre en œuvre toutes les activités de communication décrites ci-dessus, il est fortement recommandé d'utiliser un ensemble de ces trois modes de communication pour s'assurer que le programme de SBM-R est bien connu et compris par le public, les clients, le personnel de prestation de services et les autres parties prenantes clés.

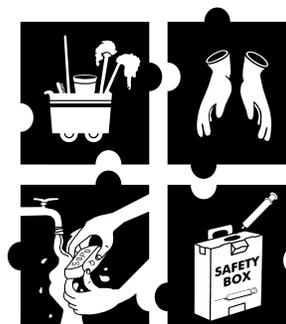
MARQUAGE

Le « marquage » (branding) de la qualité constitue un rôle critique de la communication dans les programmes de SBM-R. Il consiste en la création d'une marque caractéristique qui identifie les structures sanitaires offrant des services de qualité. Le marquage se fait normalement par le biais d'un logo de qualité ou d'un sceau d'approbation qui définit le programme de SBM-R à la vue du public. Ce symbole de la qualité est utilisé lors de campagnes de communication promotionnelle de la SBM-R.

Figure 13. Exemples de logos de qualité



Logo PROQUALI pour l'initiative de SBM-R en PF/SR au Brésil



UKHONDO NDI MOYO

Logo pour l'initiative de SBM-R en prévention des infections au Malawi

La plupart des programmes de SBM-R, dans le but d'attirer l'attention du public aux structures ayant reçu des récompenses pour leur atteinte des standards établis pour les services de qualité, organisent des cérémonies publiques et invitent les médias pour reconnaître ces structures et leurs prestataires. Ceux qui ont reçu les récompenses reçoivent aussi du matériel publicitaire supplémentaire (par exemple : brochures, stylos, autocollants, etc.) faisant ainsi de la publicité supplémentaire pour la marque de qualité.

Au Malawi, les hôpitaux de province et de mission ayant atteint au moins 80 pour cent des standards établis pour la prévention des infections de haute qualité ont été reconnus en public et ont gagné le logo Ukhondo Ndi Moyo (La prévention des infections est la vie), accordé par le Ministre de la Santé ou par un représentant du Ministère haut placé. En outre, les médias locaux ont publié les nouvelles de cet accomplissement. Cela a aidé à créer la demande de l'initiative dans des hôpitaux d'autres régions du pays et a attiré beaucoup d'intérêt de la part des leaders, des prestataires et des membres de la communauté.



Photo de : JHPIEGO/Malawi

Participants portant des T-shirts marqués avec le logo de l'initiative de prévention des infections au Malawi

EVALUER UNE INITIATIVE DE SBM-R

Le but d'une initiative de SBM-R est d'améliorer la performance des prestations de services. L'évaluation d'une initiative de SBM-R détermine donc si la performance des structures sanitaires s'est améliorée ou, en d'autres mots, si les services de meilleure qualité sont prodigués en plus grand nombre et/ou de manière plus efficace.

On peut exprimer l'amélioration de la performance par les éléments suivants :

- Volume des services produits
- Qualité des services fournis
- Efficacité lors de la prestation de service

La sélection d'indicateurs (outils de mesure objectifs utilisés comme guide pour contrôler la performance) pour déterminer la réussite de l'initiative de SBM-R doit être établi au début du processus, en fonction du but de l'initiative et des caractéristiques des services à être améliorés. Les indicateurs peuvent refléter les améliorations en forme de résultats ou de processus de prestation de services. Les conclusions obtenues sont plus significatives si ces indicateurs sont aussi évalués dans des structures où l'initiative de SBM-R n'a pas été mise en œuvre ; cette comparaison élimine d'autres facteurs généraux qui ont pu avoir causé les changements observés (en comparaison avec les domaines de contrôle).

VOLUME DES SERVICES

Une augmentation du volume des services produits par une structure sanitaire peut contribuer à l'expansion de la couverture sanitaire et/ou à la prestation de services sans interruption à la population. Une amélioration de la performance de ce type peut être détectée par le biais de l'analyse des données sur la prestation de services (liées aux services à être améliorés) dans quelconque structure sur une période de temps spécifiée. Par exemple, si l'initiative de SBM-R se focalise sur les services de planification familiale, il serait important de déterminer si le nombre d'utilisateurs nouveaux ou continuant augmente. Si la SBM-R se focalise sur la santé maternelle et néonatale, nous voudrions probablement savoir si le nombre (et la proportion) d'accouchements dans une structure s'accroît avec le temps. De même, si nous travaillons avec des services de conseils et de dépistage volontaire pour le VIH, nous voudrions savoir si le nombre de personnes conseillées et se soumettant au test augmente. L'examen des augmentations de services fournis sert d'évaluation de l'initiative de SBM-R au niveau des résultats.

Il est important d'examiner les données sur les services prodigués sur un temps raisonnable pour éviter les variations saisonnières sur une courte période de temps ou d'autres effets à court terme. Pour obtenir de l'information fiable, il est aussi essentiel de s'assurer que les mécanismes pour recueillir et consolider les données dans les structures sanitaires sont fiables.

Une autre source d'information pour évaluer les améliorations du volume de services prodigués sont les enquêtes basées sur la population effectuées périodiquement dans beaucoup de pays, à condition que les données soient désagrégées à un niveau qui correspond au niveau de l'intervention de SBM-R (par exemple, au niveau de district). Ces enquêtes peuvent produire des données sur l'utilisation des services sanitaires par type de structure, par local géographique, etc.

QUALITE DES SERVICES

Mesurer les changements au niveau de la qualité des services présente normalement un plus grand défi que la mesure du volume des services prodigués. Nous pouvons essayer d'évaluer la qualité à des niveaux différents. Par exemple, nous pouvons examiner les améliorations en ce qui est de la préparation pour fournir un ensemble déterminé de services. Ce type d'évaluation examine la question si les éléments nécessaires pour fournir les services sont présents et disponibles. Ces éléments incluent les ressources humaines, les locaux physiques, les fournitures médicales dont les médicaments, le matériel, etc.

Nous pouvons aussi déterminer si les prestations des services à être améliorés suivent les processus selon les pratiques basées sur l'évidence scientifique. Dans ce cas, il sera nécessaire d'observer systématiquement comment les services sont fournis ou de passer en revue les dossiers médicaux et autres documents de prestation de services. Le mesurage périodique utilisant l'outil d'évaluation de la performance suffit normalement pour fournir ce type d'information liée à l'état de préparation et aux processus des soins.

On peut aussi évaluer les niveaux de la qualité au niveau des résultats, en examinant les variations des dénouements sanitaires. Il s'agit de déterminer si, en fin de compte, les services fournis ont atteint un résultat positif du statut sanitaire des clients desservis. Cette tâche présente souvent un défi à cause du manque de sources de données fiables.

Les changements au niveau de la satisfaction des clients constituent un autre moyen pour déterminer les résultats des prestations de services. Il existe plusieurs méthodes pour obtenir la contribution des clients concernant le niveau de leur satisfaction, dont des interviews de sortie avec eux et des groupes de discussion focalisée. La mesure du changement de la satisfaction des clients ne manque pas de défis. Parfois, on observe que les résultats après une intervention apparemment réussie, sont paradoxaux—on trouve une réduction des niveaux de la satisfaction des clients. Ceci peut être dû au fait que la conscience et les attentes des clients concernant la qualité peuvent changer avec le temps, surtout si des activités éducatives et les améliorations des services sont mises en œuvre. En tout cas, il est essentiel d'obtenir la perspective des clients sur le processus d'amélioration pour un processus de SBM-R réussi.

EFFICIENCE

L'efficacité mesure le rapport entre les résultats en santé et les ressources utilisées. Produire de manière plus efficace signifie obtenir de meilleurs résultats grâce au même apport de ressources, ou maintenir le même niveau de résultats avec des ressources moindres. La performance améliorée devrait résulter en des procédures et mécanismes plus efficaces pour la prestation des services. Lors d'expériences de SBM-R il n'est pas rare d'observer que les services s'améliorent en qualité et en volume avec des augmentations de dépenses relativement insignifiantes. Ces améliorations et le total des dépenses peuvent être quantifiées pour donner une idée de l'efficacité améliorée. Pourtant, dans la plupart des cas, des informations plus précises sur les coûts sont nécessaires en plus de l'information sur le volume et/ou la qualité des services prodigués. Obtenir cette information peut poser un défi considérable dans beaucoup de milieux à cause du manque de données désagrégées fiables concernant les coûts. Néanmoins, il est possible de mener une analyse focalisée de l'efficacité de la prestation des services sans un investissement considérable de ressources ou de temps. Par exemple, les prestataires dans un hôpital au Guatemala ont comparé les coûts de l'achat d'ocytocine pour prendre en charge le troisième stade du travail avec les coûts de transfusions évitées. Après avoir

constaté les économies potentielles, les gestionnaires d'hôpitaux ont adopté la prise en charge active du troisième stade du travail avec l'ocytocine comme pratique de routine dans leur structure.

L'approche de SBM-R contribue à l'efficacité améliorée des services de santé et à une meilleure utilisation des ressources limitées. Ceci n'implique pas, cependant, que l'on peut toujours obtenir des améliorations significatives de la performance et la qualité des services de santé sans l'investissement considérable nouveau (public et privé) en services sanitaires. A la longue, les améliorations de la qualité des services sanitaires coûtent moins cher que de ne rien faire mais elles nécessitent normalement des investissements initiaux considérables. Ce point est extrêmement important, surtout si le but est d'améliorer l'impartialité et rendre les services sanitaires de qualité accessibles aux secteurs les plus défavorisés de la population.

Les mesures prises à l'aide de l'outil d'évaluation peuvent fournir une partie de l'information nécessaire pour évaluer une initiative de SBM-R. Néanmoins, il faut compléter cette information en traçant soigneusement les indicateurs sélectionnés de la production, la qualité et/ou des coûts de la prestation de services.

PASSER A L'ECHELLE ET PERENNISER LA SBM-R

Un défi auquel on doit souvent faire face lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité et la performance des soins de santé est la question comment dépasser des initiatives limitées ou focalisées pour atteindre une échelle significative susceptible d'avoir un impact réel sur la prestation de services de santé dans un pays.

Il existe deux étapes de base pour passer à l'échelle d'une initiative de SBM-R :

- Créer une masse critique d'adhérents précoces à l'initiative
- Diffuser l'initiative sur une grande échelle

CREER UNE MASSE CRITIQUE D'ADHERENTS PRECOCES

Créer une masse critique initiale qui démontre comment fonctionnent les améliorations découlant de la SBM-R et quels sont leurs avantages s'avère généralement être une étape très utile pour faire passer à l'échelle d'une initiative. Un changement crée de nouvelles situations qui pourraient générer de l'incertitude et de l'anxiété pour beaucoup de gens. Voilà pourquoi la majorité des individus sont plus inclinés à adopter une innovation lorsqu'ils peuvent voir ses résultats et quand ils peuvent faire des expériences en l'utilisation sur une échelle limitée. Pour créer une masse critique, il est toujours possible de se fier aux adhérents précoces, les personnes qui étaient les premiers capables de voir comment une nouvelle idée ou suggestion pourraient être bénéfiques et qui sont prêts à courir un risque accru.

La masse critique devrait être importante et assez visible pour servir de modèle aux adhérents nouveaux potentiels. Il est important de garder à l'esprit le fait que la majorité des gens est persuadée des avantages d'une innovation grâce aux expériences d'autres individus qui l'ont déjà adoptée.

DIFFUSER L'INITIATIVE SUR UNE GRANDE ECHELLE

Des stratégies efficaces sont nécessaires pour élargir la masse critique sur une grande échelle. Par exemple, il faut utiliser les moyens rapides et efficaces tels que les masses médias pour informer un grand auditoire d'adhérents potentiels à l'initiative de SBM-R. C'est l'une des raisons pour laquelle des cérémonies de reconnaissance organisées sont diffusées à une grande échelle par le biais des masses médias lorsqu'une structure sanitaire a atteint le niveau établi de standards.

Or il ne suffit pas d'avoir des connaissances de l'initiative pour que d'autres acceptent l'innovation proposée. A cette étape, il faut activement promouvoir le contact direct parmi les services qui constituent la masse critique et rechercher les adhérents nouveaux potentiels par le biais de visites, de démonstrations, de présentations, d'échanges d'information, etc. Il importe de garder à l'esprit que de nouvelles idées simples sont plus rapidement adoptées que les idées complexes et que le nouveau modèle devrait être aussi simple et direct que possible. En outre, le « hardware » (les outils) et le « software » (le processus) du modèle doivent être présentés de manière appropriée à la distribution de masse. Des manuels et des outils et d'autre matériel sont très importants à cette époque.

La création d'une infrastructure d'appui/de renforcement est aussi nécessaire à ce moment. L'infrastructure peut inclure la préparation d'encadreurs qui sont capables de travailler avec les

nouveaux adhérents, les systèmes de récompenses qui motivent les améliorations et les systèmes institutionnels (tels qu'un système de vérification externe de la conformité aux standards et aux procédures de reconnaissance) qui soutiennent l'initiative de SBM-R sur une large échelle.

PERENNISER LA SBM-R

La SBM-R a certaines caractéristiques qui peuvent faciliter considérablement son expansion et sa pérennité rapides.

- La SBM-R cadre bien avec les **objectifs organisationnels** actuels de la plupart des organisations de santé publiques et privées. Les aspects de l'amélioration de la performance et la qualité et le contrôle renforcé des prestations de services sont au centre d'attention des gestionnaires et des décideurs de politique. La SBM-R cadre aussi avec des mécanismes plus systémiques de l'assurance de la qualité, tels que les processus d'habilitation/certification axés sur la performance et les modèles de financement axés sur la performance dans le secteur public ainsi que le secteur privé. La cohérence avec les objectifs organisationnels facilite la prise de décisions concernant l'allocation des ressources nécessaires pour avancer et maintenir l'initiative de SBM-R.
- L'approche « du bas en haut » de la SBM-R augmente l'habilitation des gestionnaires, des prestataires de structures sanitaires et des communautés en leur donnant des outils concrets et pratiques qui les aident à mieux accomplir leur travail. Cette caractéristique rend la SBM-R particulièrement adaptée aux processus de la **décentralisation** en matière de santé. En générale, lorsque les décideurs de politiques, gestionnaires, leaders communautaires et prestataires de services sont en mesure de voir les effets bénéfiques de l'approche de SBM-R, ils sont plus disposés à appuyer ce type d'initiative.
- Le processus de la SBM-R s'est avéré être **un outil puissant pour le plaidoyer et la mobilisation des** ressources de niveaux différents. La SBM-R aide les gestionnaires, prestataires et communautés à visualiser en termes concrets le type de ressources dont ils ont besoin pour atteindre les niveaux souhaités de performance et de qualité. Ils sont ainsi habilités à soumettre des demandes concrètes et spécifiques d'appui et ils ont de plus fortes chances de recevoir des réponses concrètes et spécifiques de la part des décideurs, de la communauté et de la société civile. En outre, le fait que la SBM-R se focalise sur les résultats, dont beaucoup sont atteints tôt dans le processus, ayant nécessité des ressources supplémentaires minimales, attire l'attention des décideurs et des leaders communautaires, facilitant ainsi leur implication et leur appui.
- Le processus relativement **facile et rationalisé** pour la mise en œuvre de la SBM-R la rend plus facile à reproduire avec peu d'appui externe. Les efforts d'amélioration de la performance et la qualité peuvent être complexes et sophistiqués. Souvent, ils sont introduits dans les services sanitaires en tant qu'activités distinctes, spécialisées et parfois compliquées. Ils deviennent ainsi un fardeau supplémentaire pour les prestataires de services et ne sont pas intégrés de manière « naturelle » dans leurs tâches journalières de prestation et de gestion des services. La SBM-R, par contre, est conçue pour « aider » les prestataires à mieux effectuer leurs tâches normales, créant ainsi un environnement de motivation. Cette simplicité augmente la probabilité d'acceptation par ceux qui utilisent l'initiative.
- La SBM-R assure la promotion de l'implication constante et systématique dans l'initiative des parties prenantes de différents niveaux. Ces parties prenantes incluent les prestataires individuels et les équipes de prestataires, les réseaux de structures, les clients, les groupes communautaires organisés, des gouvernements nationaux/régionaux/locaux, la société civiles et autres, créant

effectivement un système de **sources multiples d'appui et de contrôle** pour le processus. Le fait que la SBM-R ne se fie pas à une seule source d'appui et de contrôle (comme le font les approches traditionnelles axées sur la supervision d'en haut ou sur les prestataires) augmente la possibilité de continuité des activités et de la durabilité de leur qualité.

- La SBM-R **ne nécessite pas d'infrastructure supplémentaire compliquée** pour la mise en œuvre. Elle se fonde sur les systèmes normaux d'organisations, dont les unités naturelles de surveillance. L'amélioration de la performance et de la qualité est une responsabilité de tous les jours et de tout le monde : des prestataires, des gestionnaires, des clients, etc. et les outils et les processus la facilitent. Ce facteur contribue également à la durabilité et l'extension potentielle des initiatives de SBM-R.

A la suite d'un investissement initial limité, beaucoup d'initiatives de SBM-R ont pu s'élargir, attirer des ressources supplémentaires et rester durables pour une période de temps considérable. Certaines d'entre elles ont réussi à s'élargir pour devenir des programmes de grande envergure.

ANNEXE : PROGRAMMES NATIONAUX DE SBM-R

		PAYS						
OPTIONS PROGRAMMATIQUES POUR LA SBM-R		Brésil	Guatemala	Malawi	Honduras	Jamaïque	Mozambique	Afghanistan
Objectif		<p>Programme : PROQUALI (En collaboration avec le Johns Hopkins Center for Communication Programs et Management Sciences for Health)</p>	<p>Programme : CalliRed (En collaboration avec le Johns Hopkins Center for Communication Programs)</p>	<p>Programme : Ukhondo Ndi Moyo</p>	<p>Programme : Santé maternelle et néonatale (SMN)</p>	<p>Programme : Conseils et dépistage volontaires</p>	<p>Programme : Prévention et contrôle des infections</p>	<p>Programme : Soins obstétricaux essentiels et Prévention des infections (En collaboration avec Management Sciences for Health)</p>
		<p>Améliorer la qualité, performance et utilisation de la planification familiale et de services de santé génésique (santé de la reproduction) sélectionnés, par l'entremise active des clients/ prestataires pour atteindre la conformité aux standards</p>	<p>Améliorer la qualité, performance et utilisation des services de santé maternelle et néonatale par l'entremise de prestataires compétents dans un réseau de structures</p>	<p>Améliorer la qualité des pratiques de prévention et contrôle des infections pour protéger les clients et les prestataires de santé contre l'acquisition d'infections, notamment d'infections par voie sanguine et de la TB)</p>	<p>Améliorer la qualité, performance et utilisation des services de santé maternelle et néonatale prodigués par des prestataires compétents dans un hôpital</p>	<p>Améliorer la qualité, performance et utilisation des services de CDV par l'entremise active des clients/prestataires pour atteindre la conformité aux standards</p>	<p>Améliorer la qualité des pratiques de prévention des infections pour protéger les clients et les prestataires de santé de l'acquisition d'infections, (notamment d'infections par voie sanguine et de la TB)</p>	<p>Améliorer la qualité, performance et utilisation des services de santé maternelle et néonatale prodigués par des prestataires compétents dans un hôpital</p> <p>Améliorer les pratiques de prévention des infections dans les hôpitaux</p>

OPTIONS PROGRAMMATIQUES POUR LA SBM-R		PAYS						
		Brésil	Guatemala	Malawi	Honduras	Jamaïque	Mozambique	Afghanistan
Type/gamme de services	Au début, planification familiale et services de santé génésique sélectionnés ; expansion ultérieure aux soins de santé primaires	Santé maternelle et néonatale, dont les soins normaux et la prise en charge des complications	Pratiques de prévention des infections systématiques (services directs aux clients/patients et fonctions d'appui)	Santé maternelle et néonatale, dont les soins normaux et la prise en charge des complications	Counseling et dépistage volontaires pour le VIH	Pratiques de prévention des infections systématiques (services directs aux clients/patients et fonctions d'appui)	Santé maternelle et néonatale, dont les soins normaux et la prise en charge des complications Pratiques de prévention des infections systématiques (services directs aux clients/patients et fonctions d'appui)	
Type de structure	Centres de santé	Réseau de services (postes de santé, centres de santé, maternités communautaires et hôpitaux de district) liés à un réseau de communautés	Hôpitaux (missionnaires et publics)	Regionaux et de district	Centres de santé	Hôpitaux généraux et provinciaux	Hôpitaux	
Couverture sectorielle	Secteur public, 29 centres de santé	Secteur public avec participation d'ONG internationales et locales, de municipalités, groupes féminins et compagnies privées	17 hôpitaux du MSP et de l'Association Chrétienne de la Santé (Christian Health Association of Malawi—CHAM) au niveau national	Secteur public : six hôpitaux	Centres de santé des secteurs public et privé (ONG)	Secteur public : six hôpitaux (phase initiale)	Secteur public : 15 hôpitaux	

OPTIONS PROGRAMMATIQUES POUR LA SBM-R	PAYS						
	Brésil	Guatemala	Malawi	Honduras	Jamaïque	Mozambique	Afghanistan
<p>Couverture géographique</p>	<p>Deux états au nord-est du Brésil : Bahia et Ceará</p> <p>Programme pilote au début dans 5 cliniques ; étendu ultérieurement à 29 structures</p>	<p>Huit secteurs sanitaires du MSP (dont 30 municipalités) : 10 hôpitaux, 44 centres de santé, 97 postes de santé, 3 maternités, Total : 154 structures</p> <p>99 communautés</p> <p>Expansion ultérieure à : 15 hôpitaux, 66 centres de santé, 141 postes de santé</p> <p>Total : 222 structures</p>	<p>Phase initiale : sept hôpitaux dans les trois régions (trois au sud, deux au centre et deux au nord)</p> <p>Expansion : 17 hôpitaux à l'échelle nationale</p>	<p>Deux régions sanitaires avec trois hôpitaux dans chaque région</p>	<p>A l'échelle nationale ; au début 15 cliniques dans les quatre régions sanitaires</p>	<p>Six provinces (phase initiale) : 12 hôpitaux à l'échelle nationale</p>	<p>Provinces sélectionnées</p>

OPTIONS PROGRAMMATIQUES POUR LA SBM-R	PAYS						
	Brésil	Guatemala	Malawi	Honduras	Jamaïque	Mozambique	Afghanistan
Conséquences de la performance/ motivation	<p>Une clinique ayant atteint 90% des standards de performance établis est reconnue</p> <p>Feedback plus reconnaissance sociale ; une cérémonie de reconnaissance publique félicite les structures avec une plaque « symbole de la qualité »</p> <p>T-shirts, certificats, photos de l'unité pour les prestataires</p>	<p>Accréditation lorsque la structure atteint 85% des standards de performance établis et reconnaissance lorsque la structure atteint 70% des critères</p> <p>Feedback plus reconnaissance publique ; une cérémonie de reconnaissance publique félicite les structures avec une plaque « symbole de la qualité »</p> <p>Diplômes et lettres de reconnaissance accordés à un excellent personnel</p> <p>Visites croisées à d'autres sites accrédités en tant que motivation</p>	<p>Reconnaissance institutionnelle et publique lorsqu'un hôpital a atteint un total de 80% des standards de performance établis et dans chaque domaine : cérémonie publique de reconnaissance et « symbole de qualité » et plaque pour honorer la structure</p> <p>Promotion interne : T-shirts, certificats aux prestataires pour des accomplissements partiels</p>	Reconnaissance interne dans les hôpitaux	<p>Dissémination des meilleures pratiques</p> <p>Reconnaissance institutionnelle en cours de considération</p>	Reconnaissance institutionnelle	Reconnaissance institutionnelle

OPTIONS PROGRAMMATIQUES POUR LA SBM-R	PAYS						
	Brésil	Guatemala	Malawi	Honduras	Jamaïque	Mozambique	Afghanistan
Organisme de reconnaissance	Combiné Equipe d'évaluation multidisciplinaire externe (représentants du MSP, de l'université, d'associations professionnelles, de la société civile)	Combiné Equipe d'évaluation multidisciplinaire externe (représentants du MSP, de l'université, d'associations professionnelles, de la société civile)	Combiné Equipe d'évaluation multidisciplinaire externe (représentants du MSP, de l'université, d'associations professionnelles, de la société civile)	UMOH	MSP	MSP	MSP
Appui et facilitation	Première phase (pilote) : intensivement facilitée par des équipes de structure, district, état Expansion facilitée en partie par les mêmes équipes	Première phase (pilote) : facilitée par des équipes d'hôpital et de district Expansion facilitée en partie par les mêmes équipes	Première phase (pilote) : intensivement facilitée par des équipes d'hôpital et du niveau central Expansion facilitée en partie par des équipes d'hôpital et du niveau central	Facilitée par des équipes de la structure	Facilitée par des équipes régionales	Facilitée par des équipes du niveau central	Facilitée par des équipes de l'hôpital
Gestion	Décentralisée : aux niveaux étatique (régionale) et locale (municipalités)	Combinée : MSP au niveau central, de zones sanitaires et de district en coordination avec les gouvernements municipaux	Centralisée (MSP au niveau central)	Combinée (MSP au niveau central et régional)	Combinée (MSP au niveau central et régional)	Centralisée (MSP au niveau central)	Combinée (MSP au niveau central et provincial)

REFERENCES SELECTIONNEES

- Bandura A. 1997. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. WH Freeman : New York.
- Bandura A. 1986. *Social Foundations of Thought and Action*. Prentice Hall : Englewood Cliffs, NJ.
- Blake SM et al. 1999. *PROQUALI: Development and Dissemination of a Primary Care Center Accreditation Model for Performance and Quality Improvement in Reproductive Health services in Northern Brazil*. Technical Report JHP-03. JHPIEGO : Baltimore, MD.
- Brassard M et D Ritter. 1994. *The Memory Jogger II, A Pocket Guide of Tools for Continuous Improvement and Effective Planning*. GOAL/QPC : Salem, NH.
- Dean PJ et DE Ripley. 1998. *Performance Improvement Interventions: Methods for Organizational Learning*. International Society for Performance Improvement : Silver Spring, MD.
- Fuller J. 1997. *Managing Performance Improvement Projects: Preparing, Planning, Implementing*. Jossey-Bass, Inc. : San Francisco, CA.
- Garrison K et al. 2004. *Supervising Healthcare Services: Improving the Performance of People*. JHPIEGO : Baltimore, MD.
- Gilbert T. 1996. *Human Competence: Engineering Worthy Performance*. McGraw-Hill : New York.
- Herzberg F. 1968. One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review* 46(1) : 53–62.
- Howard-Grabman L et G Snetro. 2003. *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*. Health Communication Partnership, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs : Baltimore, MD.
- Institute for Health Care Improvement. 2003. *The Breakthrough Series*. Institute for Health Care Improvement : Cambridge, MA.
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm*. National Academy Press : Washington, DC.
- Kaplan RS et DP Norton 1996. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business School Press : Boston, MA.
- Klein G. 2001. *Sources of Power: How People Makes Decisions*. MIT Press : Cambridge, MA.
- Ishikawa K. 1985. *What Is Total Quality Control?* Prentice Hall : Englewood Cliffs, NJ.
- McDowell I et C Newell. 1996. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press : New York, NY.
- Niven PR. 2002. *Balanced Scorecard Step by Step: Maximizing Performance and Maintaining Results*. John Wiley and Sons, Inc. : New York, NY.

- Pande PS, RP Newman et RR Cavanagh. 2000. *The Six Sigma Way*. McGraw-Hill : New York, NY.
- Rawlins B et al. 2004. *A Performance and Quality Improvement Process to Improve Infection Prevention: Malawi Case Study*. JHPIEGO : Baltimore, MD.
- Robinson DG et JC Robinson. 1998. *Moving from Training to Performance*. American Society for Training and Development : Alexandria, VA.
- Robinson DG et JC Robinson. 1995. *Performance Consulting: Moving beyond Training*. Berret-Koehler Publishers : San Francisco, CA.
- Rogers EM. 2003. *Diffusion of Innovations*. Free Press : New York, NY.
- Rosset A. 1999. *First Things Fast: A Handbook for Performance Analysis*. Jossey-Bass Pfeiffer : San Francisco, CA.
- Sanders ES et S Thiagarajan. 2001. *Performance Intervention Maps*. American Society for Training and Development : Alexandria, VA.
- Schaefer L et al. 2000. *Advanced Training Skills for Reproductive Health Professionals*. JHPIEGO : Baltimore, MD.
- Senge P et al. 1999. *The Dance of Change*. Doubleday : Garden City, NY.
- Shortell M et AD Kaluzny. 2000. *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. Thomson Learning : Stamford, CT.
- Stajkovic AD et F Luthans. 2001. The differential effects of incentive motivators on work performance. *Academy of Management Journal* (4)3 : 580–590.
- Stolovich HD et EJ Keeps. 1999. *Getting Results Through Performance Consulting*. Copyright © Harold D Stolovitch and Erica J Keeps.
- Stolovich HD et EJ Keeps. 1999. *Handbook of Human Performance Technology: Improving Individual and Organizational Performance Worldwide*. International Society for Performance Improvement : Silver Spring, MD.
- Sugrue B et J Fuller. 1999. *Performance Interventions: Selecting, Implementing, and Evaluating the Results*. American Society for Training and Development : Alexandria, VA.
- Sullivan R et al. 1998. *Clinical Training Skills for Reproductive Health Professionals*, seconde édition. JHPIEGO : Baltimore, MD.
- Swanson RA 1994. *Analysis for Improving Performance: Tools for Diagnosing Organizations & Documenting Workplace Expertise*. Berret-Koehler Publishers : San Francisco, CA.
- Wilson PF, LD Dell, et GF Anderson. 1993. *Root Cause Analysis: A Tool for Total Quality Management*. ASQC : Milwaukee, WI.