



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

PROJET
D'AMÉLIORATION
DES SOINS DE SANTÉ

Le Collaboratif d'amélioration : une approche pour l'amélioration rapide des soins de santé et la mise à l'échelle des services de qualité

JUIN 2009

Ce document de méthodologie a été préparé par University Research Co., LLC (URC) pour une revue par l'Agence des États-Unis pour le développement international (l'USAID). Le personnel du projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID a préparé ce document, que le peuple américain a rendu possible avec leur soutien par l'USAID.

Le Collaboratif d'amélioration : une approche pour l'amélioration rapide des soins de santé et la mise à l'échelle des services de qualité

Projet d'Amélioration des Soins de Santé de l'USAID

JUIN 2009

MISE AU POINT

Les points de vue exprimés dans la présente publication ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'Agence des États-Unis pour le développement international ou du Gouvernement des États-Unis.

Remerciements

Le présent document a été préparé par le personnel du Projet d'Amélioration de la Qualité des Soins de Santé (HCI) de l'USAID, s'inspirant du travail de plusieurs personnes associées au projet et à son prédécesseur, le Projet Assurance Qualité. En plus, nous exprimons notre reconnaissance à l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) pour son travail original et d'avant-garde dans l'élaboration de l'approche Collaboratif d'amélioration et pour nous avoir permis d'adapter plusieurs idées de l'IHI au contexte des pays en développement. Le Projet HCI est financé par le peuple américain à travers le Bureau de la Santé Globale, Direction de la Santé, des Maladies Transmissibles et de la Nutrition de l'USAID. Le projet est géré par University Research Co., LLC (URC) conformément au contrat numéro GHN-I-01-07-00003-00. Les sous-traitants de l'URC pour le Projet HCI comprennent EnCompass LLC, Family Health International, Initiatives Inc., Johns Hopkins University Center for Communication Programs et Management Systems International.

Formule recommandée : Projet d'Amélioration des Soins de Santé de l'USAID. 2009. Le Collaboratif d'amélioration : une approche pour l'amélioration rapide des soins de santé et la mise à l'échelle des services de qualité. Publié par le Projet d'Amélioration des Soins de Santé de l'USAID. Bethesda, MD : University Research Co., LLC (URC).

Table des matières

I	Introduction	1
1.1	Action en faveur de la qualité et de l'amélioration de la qualité en matière de soins.....	1
1.2	L'évolution de l'amélioration de la qualité en matière de soins de santé	2
2	Introduction de l'approche du Collaboratif d'amélioration	4
3	Caractéristiques essentielles pour la réussite d'un Collaboratif d'amélioration.....	7
3.1	Objectifs ou buts d'amélioration partagés.....	7
3.2	Les Équipes d'amélioration de la qualité soutenues de façon adéquate testant les changements.....	7
3.3	Paquet de mise en oeuvre	8
3.4	Analyse régulière des résultats mesurables pour guider l'amélioration de la qualité.....	9
3.5	Partage d'expériences pour une amélioration accélérée à grande échelle	10
3.6	Stratégie de l'extension	11
3.7	Structures organisationnelles.....	11
4	Activités clés pour le développement et la mise en oeuvre des Collaboratifs d'amélioration	12
4.1	Phase préparatoire	13
4.2	Phase d'exécution (Démonstration)	13
4.3	Phase d'extension (suivant l'approche collaboratif d'extension)	14
5	L'après collaboratif.....	15
	Références	16
	Documentation supplémentaire sur l'amélioration et les Collaboratifs d'amélioration.....	18
	Glossaire	18

Abréviations

ACQ	Amélioration Continue de la Qualité
AQ	Amélioration de la Qualité
BTS	Breakthrough Series (<i>La Série des Percées</i>)
COPE	Client-oriented, provider efficient (<i>Orienté vers le client, efficient chez le prestataire</i>)
GATPA	La gestion active de la troisième phase d'accouchement
GTQ	Gestion Totale de la Qualité
HCI	Health Care Improvement Project (<i>Projet d'Amélioration des Soins de Santé</i>)
IHI	Institute for Healthcare Improvement (<i>Institut pour l'Amélioration des Soins de Santé</i>)
PAQ	Project d'Assurance Qualité
PIEA	Planifier, Introduire, Etudier, Agir
SIDA	Syndrome Immunodéficience Acquis
SONNE	Soins obstétricaux et nouveau-né essentiels
URC	University Research Co., LLC
USAID	United States Agency for International Development (<i>L'Agence des États-Unis pour le développement international</i>)
VIH	Virus Immunodéficience Humain

Le Collaboratif d'amélioration : une approche pour l'amélioration rapide des soins de santé et la mise à l'échelle des services de qualité

1 Introduction

1.1 Action en faveur de la qualité et de l'amélioration de la qualité en matière de soins

Les soins de santé de qualité peuvent être définis comme des soins accessibles qui sont assurés conformément aux normes basés sur l'évidence et qui répondent aux besoins des clients. Les soins de haute qualité sont une fonction de la capacité d'un système de santé à assurer un continuum de soins qui répondent aux besoins du client d'une manière efficace, réceptive et respectueuse. Les normes soutiennent la plupart des définitions de la qualité des soins de santé : énoncés explicites concernant la façon dont une activité de soins de santé peut être menée en vue de produire les résultats escomptés (Ashton 2001). Les normes sont basées sur des preuves formelles qui lient des contenus ou processus spécifiques de prise en charge aux résultats attendus. La performance selon les normes est essentielle pour des soins de qualité parce qu'elle est liée à l'amélioration des résultats de santé (Walker, Ashley et Hayes 1988 ; Grimshaw et Russell 1993). Par conséquent, les normes définissent ce qui constitue la qualité des soins de santé aussi bien pour les agents de santé que pour les clients.

Les normes basées sur les preuves et les algorithmes existent déjà où arrivent rapidement pour la plupart des priorités mondiales en matière de santé, notamment celles intégrées dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Cependant, des constats dans plusieurs pays à travers le monde montrent que les prestations des soins de santé assurées à une grande partie de la population mondiale sont de qualité médiocre et ne sont pas conformes aux normes basées sur l'évidence. Des études ont montré que les prestataires se conforment généralement à une petite partie des algorithmes, même après une formation en matière de normes (Nicholas, Heiby et Hatzell 1991 ; Rowe et al. 2000 ; Rowe et al. 2001 ; Nolan et al. 2001 ; Harvey et al. 2004 ; Boonstra, Lindbaek et Ngome 2005, Burkhalter et al. 2006 ; Osterholt et al. 2006 ; Edson, Burkhalter et McCaw-Binns 2007).

Par exemple, la gestion active de la troisième phase d'accouchement (GATPA), un paquet moins coûteux de normes basées sur l'évidence compose de trois étapes simples, est reconnu comme favorisant la réduction de hémorragie du post-partum de plus de 50%, la cause première de la mortalité maternelle dans le monde (Prendiville et al. 1988). Cependant, la GATPA n'est pas disponible partout, et là où elle est « disponible », des problèmes de qualité limitent son efficacité. L'amélioration de la qualité pour des problèmes dans les prestations des soins plus complexes tels que pour le syndrome immunodéficientaire acquis (SIDA), pose des défis encore plus importants.

Plusieurs facteurs contribuent à la médiocrité de la qualité des soins : manque de produits ou de matériel nécessaires, méconnaissance des normes, capacité insuffisante des prestataires, organisation défaillante du système de soins et manque de motivation ou de récompense pour la qualité des prestations (Marquez 2001). L'organisation inefficace du système de soins est fréquente dans plusieurs contextes, ce qui entraîne la mauvaise qualité des soins de santé et le gaspillage des ressources limitées. Des pratiques de soins jugées culturellement inappropriées ou un déficit de communication interpersonnelle contribuent également à la mauvaise qualité des prestations et ont un impact négatif sur l'adhésion et l'utilisation des services de santé, notamment par les groupes défavorisés ou mal servis.

Les approches modernes d'amélioration de la qualité (AQ) offrent des méthodes permettant de surmonter les entraves aux soins de qualité, même dans le cadre d'un système de santé défaillant confronté aux graves problèmes de ressources humaines et matérielles (Zeitz et al. 1993 ; Loevinsohn, Guerrero et Gregorio 1995 ; Heiby 1998 ; Massoud et al. 2001 ; Kelley et al. 2001 ; Hermida et

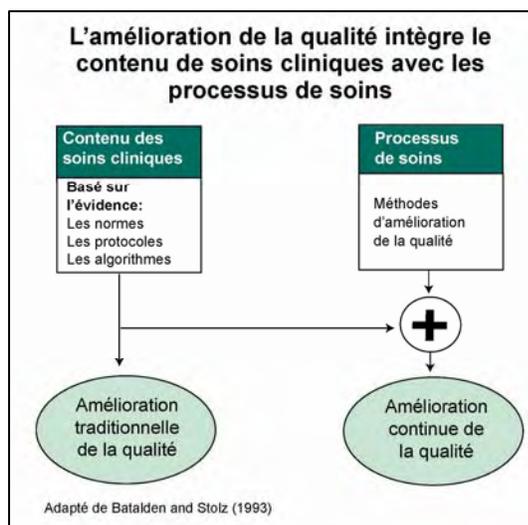
Robalino 2002 ; Berwick 2004 ; Rowe et al. 2005 ; Rennie et al. 2007 ; Dickson, Ashton et Smith 2007). Les méthodes AQ permettent d'améliorer les processus de soins en se basant sur quatre principes : 1) reconnaître et mettre l'accent sur les besoins des clients ; 2) comprendre comment les processus de soins fonctionnent au sein du système ; 3) utiliser des données pour mesurer les résultats ; et 4) engager des équipes de responsables, prestataires de services et acteurs communautaires dans les activités d'amélioration.

L'accent mis sur la satisfaction du client est essentiel pour le cadre d'amélioration de la qualité, qui considère que l'objectif principal des services de santé comme étant la satisfaction des besoins et l'amélioration de la santé et du bien-être des clients qui les utilisent. Il est également essentiel de mettre l'accent sur les systèmes et les processus, puisque les systèmes mal conçus entraînent l'inefficacité et le gaspillage des ressources limitées, la mauvaise qualité des soins de santé et des résultats négatifs en matière de santé. La maxime de l'action d'AQ, « chaque système est parfaitement conçu pour atteindre les résultats réalisés », (Berwick 1996) illustre bien ce concept : pour changer les résultats que produit un système, nous devons en premier lieu changer ce système.

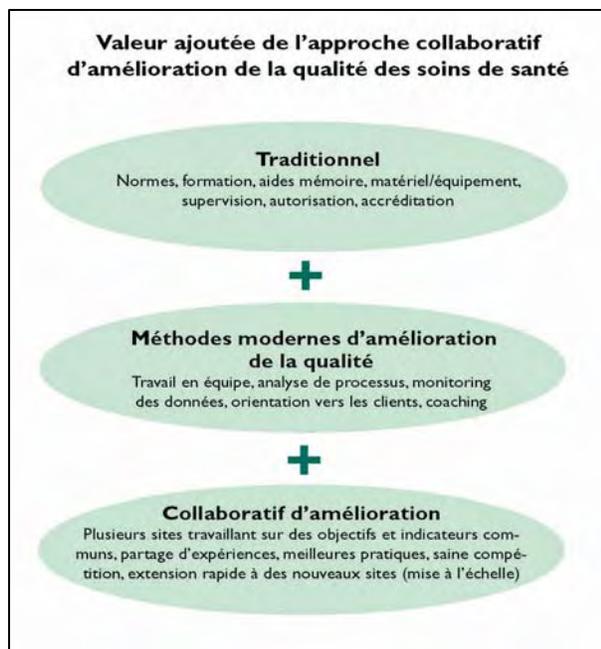
Dans le travail d'amélioration de la qualité, les équipes analysent leurs propres systèmes et processus de soins, identifier et tester les changements dans l'organisation des soins qui pourrait se traduire par une amélioration de la qualité et de l'efficacité et mesurer les impacts des changements à travers des données. Un principe fondamental de l'AQ est que les participants d'un système de santé local ont une connaissance approfondie de leur système et sont mieux placés pour identifier, tester, et mettre en oeuvre les améliorations pour réaliser la meilleure qualité de soins possible dans leur milieu. L'engagement des équipes de prestataires dans l'analyse fréquent des données collectées localement et dans l'amélioration continue de la qualité permet de promouvoir une culture de la qualité qui contribue à la motivation des agents de santé.

1.2 L'évolution de l'amélioration de la qualité en matière de soins de santé

Les méthodes d'amélioration de la qualité ont été appliquées aux soins de santé pour la première fois aux États-Unis au début du 20ème siècle sous la forme de l'autorisation professionnelle et d'évaluations basées sur les normes au niveau des hôpitaux et des écoles de médecine. La fin du 20ème siècle a vu des changements spectaculaires dans les Méthodes AQ lorsque des approches telles que l'amélioration continue de la qualité (ACQ) et la gestion totale de la qualité (GTQ) ont été adoptées à partir de l'industrie et appliquées aux soins de santé. L'ACQ a été considéré comme un changement radical au moment de son introduction notamment en ce qui concerne l'accent mis sur l'amélioration du processus de soins plutôt que de se pencher simplement sur les intrants aux systèmes de santé.



Avec l'entrée de la santé publique et de la médecine moderne dans l'ère de la médecine basée sur l'évidence pendant les deux dernières décennies du 20ème siècle, les experts en AQ aux États-Unis et à l'extérieur ont rapidement procédé à l'intégration de l'AQ dans la masse en pleine expansion des normes basées sur l'évidence, protocoles et algorithmes. Parce qu'il a été prouvé de façon empirique que les normes basées sur l'évidence améliorent les résultats en matière de santé (souvent par des essais cliniques au hasard), les méthodes AQ modernes cherchent à améliorer les processus de soins pour une adhésion optimale aux normes basées sur l'évidence comme le but ultime pour l'amélioration des soins de santé et préventifs.



Une gamme de méthodes AQ a été largement appliquée dans les pays bénéficiaires de l'assistance de l'USAID pendant les 20 dernières années en vue d'améliorer la santé et les soins de santé de la reproduction. Les stratégies traditionnelles d'amélioration telles que la formation, l'encadrement et l'accréditation ont graduellement été renforcées par les méthodes AQ modernes comme la résolution des problèmes en équipe, l'amélioration de la performance, le COPE (Client-Oriented, Provider Efficient – Orienté vers le Client, Efficient chez le Prestataire) et le Partenariat pour l'amélioration de la qualité (PAQ). La plupart de ces méthodes ont un impact avéré au-delà de celui qu'on a vu avec les approches isolées de formation et de supervision.

La dernière décennie a vu une adaptation accrue des méthodes AQ établies en vue d'appliquer les normes basées sur l'évidence pour un changement rapide et un impact à grande échelle. Comme il sera abordé dans la section suivante,

l'approche du Collaboratif d'amélioration intègre plusieurs des éléments de base de la programmation traditionnelle des services de santé (normes, formation, aide-mémoire, équipement et matériel) aux éléments AQ (travail d'équipe, analyse de processus, suivi des résultats, satisfaction du client), avec comme résultat un système d'apprentissage dynamique où des équipes de différents sites collaborent pour partager et promouvoir rapidement des stratégies d'amélioration de la qualité et d'efficacité des services de santé dans un domaine technique déterminé. L'innovation principale du Collaboratif d'amélioration est l'apprentissage structuré partagé parmi plusieurs équipes travaillant sur le même problème : cet aspect facilite l'extension rapide des pratiques réussies. En mettant l'accent sur

Origines adaptation de l'approche du collaboratif d'amélioration

L'Institut pour l'Amélioration des Soins de Santé (Institute for Healthcare Improvement - IHI) a été à l'avant-garde de l'approche du collaboratif d'amélioration en 1995 en vue de répondre à un problème fréquent dans le système de soins de santé des États-Unis: malgré l'existence des normes de soins, elles ne sont pas pratiquées en général. Depuis lors, l'IHI a soutenu plus de 1000 équipes dans l'application de cette méthode, qu'il appelle le « Breakthrough Series » (découvertes en série) ou « Collaboratif d'amélioration BTS. » Il aborde divers processus de soins et des domaines de contenus cliniques, avec d'excellents résultats. Les systèmes ou réseau des formations de soins de santé dans plusieurs autres pays ont depuis longtemps mis en oeuvre des collaboratifs dans la pratique dans les hôpitaux et des cliniques (voir IHI 2003, disponible sur www.ihio.org, pour plus de détails sur les collaboratifs soutenus par l'IHI).

Le PAQ a commencé à travailler avec l'approche du Collaboratif d'amélioration dans deux régions de la Fédération de Russie en 1998 en vue d'élaborer puis promouvoir des modèles améliorés de soins pour la prise en charge de l'hypertension et du syndrome d'affection respiratoire du nouveau-né. En 2003, le PAQ a commencé à adapter cette approche aux contextes plus démunis dans les pays moins développés où le système de santé financé par le gouvernement est prédominant, et à l'appliquer aux autres domaines cliniques, tels que les soins obstétricaux essentiels et la prise en charge du VIH/SIDA.

Le PAQ a fait un certain nombre d'adaptations au modèle du Collaboratif amélioration BTS en vue de développer des structures organisationnelles adaptées aux structures du système de santé publique, mettre l'accent plus sur le contenu, les Méthodes AQ et les mesures dans les sessions d'apprentissage, mettre l'accent sur le rôle des coaches dans l'encadrement et la motivation des équipes de sites, décentraliser les sessions d'apprentissage lors des collaboratifs à l'échelle nationale, et trouver des alternatives à moindre coût aux sites web et conférences téléphoniques pour partager les résultats et l'apprentissage entre les équipes (Catsambas et al. 2008 donne les résultats d'une évaluation multi-pays sur les collaboratifs du PAQ).

l'extension et la promotion des améliorations, le modèle du Collaboratif d'amélioration apporte un nouvel outil efficace à l'arsenal des Méthodes AQ qui ont fait leurs preuves.

Pendant les cinq dernières années, le Projet d'Assurance Qualité (PAQ) de l'USAID et aujourd'hui son successeur, le Projet d'Amélioration des Soins de Santé (HCI), ont adapté l'approche du Collaboratif d'amélioration dans des pays ayant des niveaux de développement très différents en vue d'améliorer la qualité des soins dans plusieurs domaines techniques, y compris le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, et les soins maternels et infanto juvéniles. Le présent article décrit cette approche telle qu'adaptée par le PAQ et le HCI, à partir des leçons apprises dans la mise en oeuvre de plus de 30 collaboratifs d'amélioration dans 15 pays et à partir des résultats des évaluations de certains de ces collaboratifs (Catsambas et al. 2008).

2 Introduction de l'approche du Collaboratif d'amélioration

Un « Collaboratif d'amélioration » est un système d'apprentissage partagé qui regroupe un grand nombre d'équipes pour travailler ensemble en vue de réaliser rapidement des améliorations significatives dans les processus, la qualité et l'efficacité d'un domaine spécifique de soins, en visant l'extension de ces méthodes vers les autres sites.¹

Les collaboratifs d'amélioration visent l'adaptation et l'extension des acquis vers d'autres sites. Ces acquis pourraient comprendre des pratiques cliniques basées sur des preuves scientifiques, des pratiques avérées qui sont généralement considérées comme « bonnes » ou même « les meilleures » ou tous autres changements à la prestations des services, qui se traduisent par l'amélioration des soins de santé. Ces acquis constituent le « paquet de mise en oeuvre »² du collaboratif : les changements dans les processus et l'organisation des soins que le collaboratif vise à introduire, perfectionner et vulgariser.

Dans un Collaboratif d'amélioration, les équipes de site recherchent et testent les voies et moyens de rendre opérationnels ou de mettre en pratique les concepts inclus dans le paquet de mise en oeuvre et de surmonter les obstacles à leur fonctionnement dans leur contexte local. Les collaboratifs sont conçus comme une stratégie d'amélioration limitée dans le temps, atteignant généralement des résultats significatifs en 9 à 18 mois, bien que des améliorations soient souvent constatées plus tôt. Cependant, en cas de réaménagement de systèmes complexes (par exemple, impliquant plusieurs maladies chroniques), les collaboratifs ont continué au delà de ce délai, généralement selon une approche en phases.

Les équipes au sein d'un collaboratif utilisent un ensemble d'indicateurs fondamentaux communs—de préférence le plus petit nombre d'indicateurs qui peuvent donner des informations sur l'amélioration et relater les efforts et réalisations du collaboratif—en vue de mesurer la qualité des processus de soins que les équipes essaient d'améliorer et, où possible, les résultats attendus en matière de santé. Chaque équipe collecte des données sur les indicateurs pour mesurer si les changements qu'elle apporte donnent lieu à une amélioration. Les prestataires de soins de santé au niveau local sont les « experts » en amélioration qui élaborent des plans d'action pour tester et mettre en oeuvre les changements au niveau local en vue d'atteindre les objectifs du collaboratif.

Les équipes testent les changements en appliquant un modèle d'amélioration ou de changement. Plusieurs modèles d'amélioration existent, et plusieurs ont été utilisés pour tester et mettre en oeuvre les changements à travers des collaboratifs. La caractéristique générale qui sous-tend tous les modèles d'amélioration est que toute intervention est introduite et un ou plusieurs indicateurs sont suivis pour s'assurer que ces interventions aient un effet sur le résultat ou la conclusion attendus. Si l'intervention produite l'amélioration attendue, elle est ensuite instituée comme faisant partie du nouveau processus de travail et étendue aux autres prestataires au sein de l'organisation. Si elle ne l'est pas, elle est soit modifiée soit abandonnée.

¹ Un glossaire des termes utilisés figure à la fin de cet article.

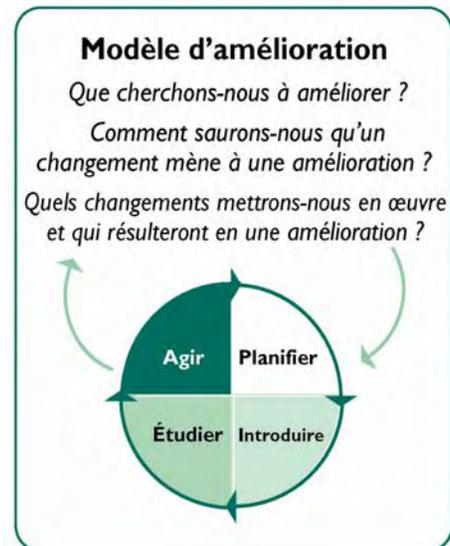
² Le paquet de mise en oeuvre est aussi connu sous le nom « paquet de changements. »

Le modèle d'amélioration utilisé le plus souvent dans les collaboratifs appuyés par le HCI est décrit dans *The Improvised Guide [Le Guide de l'Amélioration]* (Langley et al. 1996). Comme l'illustre le graphique à droite, ce modèle intègre le Cycle d'Apprentissage et d'Amélioration de Shewhart, également connu sous le nom de Cycle Planifier-Introduire-Étudier-Agir (PIEA). Dans ce modèle, un changement susceptible de produire des améliorations est proposé. Cependant, le fait qu'il implique une amélioration ou non est une hypothèse qui doit être prouvée ou réfutée. Un plan est élaboré pour tester ce changement, ce plan est mis en oeuvre et les effets du test sont étudiés pour voir si le changement a effectivement produit l'amélioration escomptée. Les mesures à prendre en conséquence seront basées sur le résultat du test.

Ce qui différencie les Collaboratifs d'amélioration des autres méthodes d'amélioration est l'apprentissage partagé. Dans un collaboratif, plusieurs équipes (10, 20, 50 ou plus) essaient d'introduire des améliorations dans le même domaine. Ils testent et mettent en oeuvre simultanément les réaménagements de processus et les changements et partagent leurs expériences en le faisant à travers ce mécanisme d'apprentissage partagé, animé par le collaboratif, les équipes communiquent les résultats des tests et leurs solutions ; toutes les équipes peuvent bénéficier des connaissances des changements réussis comme non réussis mis en oeuvre par chaque équipe. De cette façon, les équipes échangent leurs expériences pour éviter de « réinventer la roue » dans l'identification des changements réussis.

Le suivi régulier, ou monitoring (généralement mensuel), des résultats (c.à.d. les indicateurs de processus et de résultats) et le partage régulier des changements réussis permettent d'accélérer l'amélioration, tout en créant une atmosphère de saine concurrence entre les équipes en vue de voir laquelle peut réaliser les meilleurs résultats. Le réseau d'apprentissage partagé débouche sur l'élaboration et le test rapides des innovations en vue d'une résolution rapide des problèmes, d'une extension rapide des changements efficaces et le développement rapide des modèles de soins efficaces, renforçant le paquet de mise en oeuvre initial des normes basées sur l'évidence avec l'apprentissage opérationnel.

Une caractéristique particulière de l'approche du Collaboratif d'amélioration comparé aux Méthodes AQ traditionnelles est qu'elle cherche à vulgariser les améliorations au-delà des équipes initiales, pour les appliquer dans toutes les organisations participant au collaboratif. Un collaboratif typique, un collaboratif se termine avec la définition d'un paquet final qui consiste d'interventions testées sur le terrain et s'avèrent comme produisant des résultats dans un contexte particulier, complétés par un ensemble de changements organisationnels qui facilitent ces résultats. Ce paquet, qui pourrait être perçu comme un paquet de perfectionnement du paquet de mise en oeuvre, est ensuite prêt à l'extension vers d'autres sites. Non seulement cet accent sur la dissémination intentionnelle des améliorations distingue les collaboratifs des autres Méthodes AQ mais aussi il fait de cette approche une stratégie intéressante pour la mise à l'échelle.



Pourquoi le Collaboratif d'amélioration est-il la meilleure approche d'amélioration de la prestation des soins clinique? Lorsque:

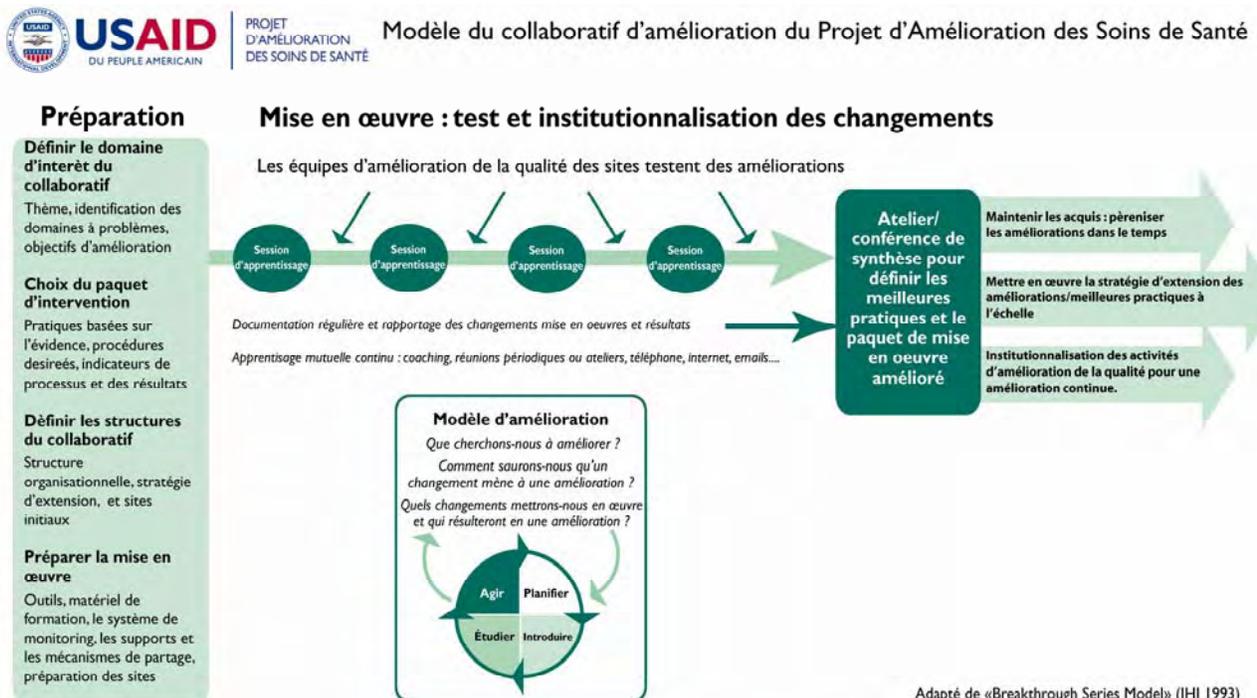
- Un gros écart existe entre la situation actuelle et les résultats attendus en matière de santé et un tel écart est commun à un grand nombre de groupes (centres, communautés, organisations, etc.)
- L'évidence existe pour les normes, les modèles de soins ou les modèles organisationnels qui se sont avérés comme améliorant les résultats: c.à.d. ce qui permet de répondre à l'écart de qualité est connu
- Il est possible, si les moyens sont disponibles, que les agents de santé mettent en pratique le paquet de mise en oeuvre
- L'appui des responsables des structures existe pour introduire les changements et les vulgariser au-delà des sites initiaux.

La durée d'un Collaboratif d'amélioration varie. Alors que les Collaboratifs d'amélioration « BTS » de l'IHI (voir encadré sur les Origines et Adaptations de l'approche du Collaboratif d'amélioration aux États-Unis) ont généralement pris 12 à 24 mois, l'expérience de l'HCI est qu'ils peuvent continuer de façon avantageuse pendant plusieurs années, surtout lorsque de nouveaux sites se joignent à l'extension des améliorations ou que le contenu technique du collaboratif évolue et s'élargit.

Comme illustré dans le graphique ci-dessous, un Collaboratif d'amélioration commence avec une période préparatoire pendant laquelle les objectifs et les interventions techniques du collaboratif sont raffinés en une structure développée pour soutenir la mise en oeuvre du collaboratif. La « période de mise en oeuvre », représente la période où les équipes de site élaborent et testent les changements en vue de mettre en pratique les interventions techniques qui constituent le paquet de mise en oeuvre promu par le collaboratif. Cette période est généralement divisée en trois à six sessions d'apprentissage qui sont séparées par des périodes de un à quatre mois lorsque les équipes testent les changements. Ces périodes d'intervention sont parfois appelées « périodes d'action. » Une fois que les équipes savent comment opérationnaliser ces interventions et ont réalisé les objectifs du collaboratif, un atelier ou une conférence pourrait être organisée pour examiner l'expérience collective des équipes et décider quels changements sont les plus efficaces et à partager les résultats avec les acteurs externes au collaboratif.

Une fois qu'un collaboratif a été achevé et un paquet de mise en oeuvre renforcé a été élaboré, plusieurs stratégies différentes pourraient être utilisées pour vulgariser cette connaissance opérationnelle vers les nouveaux sites. Le collaboratif initial-aussi appelle « collaboratif de démonstration » - peut être suivi par un collaboratif de « mise à l'échelle », dont l'objectif est d'élargir le paquet de mise en oeuvre. Tout cela dans le but de renforcer les sites de démonstrations vers le reste du système de santé. Les membres du collaboratif de démonstration ont pour mission d'agir comme des agents d'extension.

D'autres stratégies pour l'extension des améliorations (telles que les campagnes, les agents de changement et la diffusion naturelle dans le temps) pourraient également influencer, selon la portée des objectifs de la mise à l'échelle de cette extension et les moyens disponibles.



Le reste du présent article décrit les caractéristiques essentielles du modèle collaboratif tel qu'appliquées dans les pays en voie de développement et à revenu intermédiaire et les activités clés entrant dans la planification et la mise en oeuvre d'un collaboratif. Un glossaire de termes et la liste des ressources supplémentaires sur l'amélioration et les collaboratifs figurent à la fin de cet article.

3 Caractéristiques essentielles pour la réussite d'un Collaboratif d'amélioration

Par expérience en matière de mise en oeuvre de collaboratifs depuis 1998, le HCI a identifié sept caractéristiques essentielles pour une bonne mise en oeuvre de Collaboratifs d'amélioration dans les pays en développement et à revenu intermédiaire. Ces caractéristiques sont essentielles pour la réussite d'un collaboratif dans la réalisation d'améliorations significatives de façon rapide et à grande échelle.

3.1 Objectifs ou buts d'amélioration partagés

Les objectifs ou buts d'amélioration 1) sont des énoncés des résultats attendus qu'un collaboratif cherche à réaliser à travers l'application des principes d'amélioration dans un domaine spécifique ; 2) définissent les objectifs fondamentaux du collaboratif et guident sa planification et sa mise en oeuvre ; et 3) généralement identifier les pratiques basées sur la preuve à mettre en oeuvre, le processus à améliorer et les résultats (ou conclusions) escomptés.

Caractéristiques essentielles d'un bon Collaboratif d'amélioration

1. Objectifs ou buts d'amélioration partagés
2. Équipes AQ soutenues de façon adéquate testent les changements
3. Paquet de mise en oeuvre
4. Analyse régulière des résultats mesures pour guider l'amélioration de la qualité
5. L'apprentissage partagé pour une amélioration accélérée à grande échelle
6. Stratégie d'extension
7. Structures organisationnelles

Des objectifs d'amélioration bien conçus appuient la planification et la mise en oeuvre efficaces d'un collaboratif. Ils définissent le cadre du travail du collaboratif et l'envergure du domaine de soins qu'aborde le collaboratif (par ex. un domaine « élargi » pourrait être les soins dans un hôpital pédiatrique, impliquant plusieurs systèmes ; un domaine « restreint » pourrait être l'amélioration du tri en urgence pour le traitement des enfants malades ou l'utilisation de moustiquaires au niveau communautaire). Un objectif d'amélioration doit définir un résultat ciblé dans un domaine de santé prioritaire où un écart significatif et démontré existe entre les pratiques courantes et les meilleures pratiques et/ou les résultats réels et les résultats attendus. Les objectifs d'amélioration pourraient cibler des interventions basées sur les preuves, à impact élevé et avérés comme affectant positivement les résultats en matière de santé (par ex. la GATPA pour la prévention de l'hémorragie du post-partum), un meilleur accès aux soins, ou l'efficacité et une meilleure organisation des soins.

3.2 Les Équipes d'amélioration de la qualité soutenues de façon adéquate testant les changements

Les Équipes AQ, travaillant au niveau de la prestation des services, sont les piliers de toute l'action du collaboratif. Sans elles, il n'y aurait pas de collaboratif, parce que ce sont elles qui planifient, testent et étudient l'amélioration de la qualité dans leurs propres processus et mettent à contribution leurs connaissances aux efforts du collaboratif. L'amélioration de la qualité peut être définie comme le processus qui consiste à améliorer les soins/services intentionnellement meilleurs d'une certaine façon (par ex. efficacité, efficience, etc.), avec pour objectif ultime l'amélioration des résultats pour les clients des soins de santé. Les membres des Équipes AQ travaillent ensemble pour comprendre leurs clients, analyser leurs processus, tester et mettre en oeuvre les changements et réaménagements pour améliorer la performance et faire le monitoring des résultats.

Dans un collaboratif, un réseau d'équipes est créé pour partager les résultats, les innovations et défis et doit également apprendre l'une de l'autre. Pour s'assurer que les Équipes AQ peuvent fonctionner de façon optimale, le collaboratif doit s'assurer que ses connaissances et aptitudes à la fois en matière de contenu lié aux objectifs d'amélioration et en matière d'amélioration de la qualité ; il doit également assurer l'accès au matériel et équipement nécessaire pour réaliser les objectifs d'amélioration.

L'expérience dans les pays en voie de développement a montré que les Équipes AQ de site ont besoin d'un appui constant pour mener leurs activités d'AQ à bon terme. Cette assistance est assurée à travers le « coaching », un processus par lequel quelqu'un qui a des connaissances et aptitudes supplémentaires en amélioration de la qualité et/ou le contenu technique du collaboratif apporte un appui et des encouragements aux équipes en vue d'améliorer les performances de ces équipes. Le coach aide une équipe à mener son travail efficacement et de s'acheminer vers l'autosuffisance dans le temps en utilisant les outils d'AQ. Le coaching met en place une structure pour renforcer le fonctionnement de l'équipe : les coaches assurent la formation sur le terrain en contenu technique et en AQ, vérifient les données du monitoring, assurent l'appui du processus de monitoring et aide les équipes à rechercher d'autres possibilités pour améliorer leur façon de faire.

3.3 Paquet de mise en oeuvre

Le paquet de mise en oeuvre définit les changements cruciaux aux pratiques actuelles que toutes les Équipes AQ d'un collaboratif vont mettre en oeuvre. Le paquet initial de mise en oeuvre met en exergue un ensemble de pratiques et de procédures adéquates fondées sur la meilleure preuve existante dont les acteurs locaux et internationaux conviennent que si elles sont mises en oeuvre de façon systématique, vont produire les résultats attendus formulés dans les objectifs du Collaboratif d'amélioration. Le contenu du paquet de mise en oeuvre dépendra de ce qui existe déjà dans le contexte et le niveau actuel des problèmes en matière de qualité. Le paquet de mise en oeuvre pourrait comprendre des changements au contenu technique ou des changements dans la façon dont les services sont organisés et fournis, tel que décrit dans le tableau suivant.

Dans tous les cas, le paquet de mise en oeuvre doit être basé sur la preuve de ce qui marche. Cette preuve (évidence) peut provenir des documents/articles internationaux ou d'expériences locales bien documentées. Dans certains collaboratifs qui abordent des thèmes élargis, le contenu du paquet de mise en oeuvre pourrait être divisé en unités plus petites et être mis en oeuvre par étapes.³ Les collaboratifs pourraient également être construits autour des objectifs d'amélioration pour lesquels il n'existe pas encore un ensemble de preuves solide, auquel cas le rôle du collaboratif est de fonder la preuve (évidence), en effet oeuvrer pour l'élaboration de nouveaux systèmes ou modèles de soins.

Pendant la durée du collaboratif, ce paquet initial de mise en oeuvre sera amélioré et renforcé à travers le travail des Équipes AQ qui génèrent des preuves pour améliorer les normes, modèles de soins et/ou meilleures pratiques pour la conduite des normes qui peuvent être rapidement vulgarisées vers d'autres sites au sein de leur organisation. La capacité d'un collaboratif à réaliser des résultats rapides et la mise à l'échelle rapide des meilleures pratiques est basée sur sa capacité à synthétiser et vulgariser les leçons tirées du travail des Équipes AQ. Dans plusieurs cas, l'apprentissage généré par les Équipes AQ met l'accent sur la résolution des questions opérationnelles autour de la mise en oeuvre d'un ensemble de normes.

En fonction de la situation initiale et du type de paquet de mise en oeuvre, un collaboratif peut consacrer plus d'une phase pour réaliser l'apprentissage nécessaire pour une mise à l'échelle complète. Certains collaboratifs ont introduit un paquet de mise en oeuvre complexe par étapes ; d'autres ont

³ Par exemple, un collaboratif qui concerne le domaine général des soins obstétricaux et nouveau-né essentiels (SONNE) pourrait choisir de commencer par la GATPA et les soins immédiats au nouveau-né, puis aborder la surveillance du nouveau-né, la préparation à l'accouchement, les complications néonatales et obstétricales, etc. par étapes. Telle était l'approche du Collaboratif SONNE que le PAQ a initié au Niger.

Situation actuelle	Paquet de mise en oeuvre pourrait être un ou plusieurs des cas suivants
Pas de normes ou consensus sur la « pratique appropriée »	Un ensemble de « normes essentielles » nouvelles ou mises à jour qui met l'accent sur les actions les plus importantes nécessaires pour réaliser les objectifs d'amélioration
Normes existent mais sont dépassées	
Normes existent et sont à jour, mais sont irréalistes ou trop compliquées pour être suivies par les prestataires	
Normes existent mais ne sont pas bien mises en œuvre	Un « modèle de prestation de service » ou « modèle de prise en charge » qui assurerait plus efficacement que les normes sont mises en oeuvre et que les patients reçoivent ce dont ils ont besoin
Normes et modèle de prise en charge existent, mais aucun n'est bien mis en œuvre	Une série de changements organisationnels qui peut faciliter la mise en oeuvre des normes

augmenté le nombre d'équipes ou de sites participants tout en utilisant le paquet initial de mise en oeuvre (voir section 3.6, « Stratégie de l'extension », sur la page 11) ; d'autres encore ont simultanément élargi le contenu et le nombre de sites. La première phase pourrait être considérée comme un collaboratif de démonstration, qui comprend l'élaboration des objectifs d'amélioration, le paquet de mise en oeuvre et le choix des indicateurs. Ces étapes sont suivies par la mise en œuvre, le test et le peaufinage du paquet de mise en oeuvre. Dans cette phase, un groupe initial d'équipes travaille ensemble pour tester les améliorations, et à travers ces efforts les membres des équipes élaborent la première série « d'améliorations » sur le paquet de mise en oeuvre. Ce paquet « testé et peaufiné » pourrait ensuite être vulgarisé à travers une phase subséquente lorsque des sites supplémentaires sont ajoutés. Ainsi, les peaufinages sur le paquet de mise en oeuvre pourraient se poursuivre.

Finalement, le paquet de mise en oeuvre testé sera renforcé en incluant les éléments suivants :

- Un ensemble de normes ou consensus mis à jour sur la « pratique appropriée », dans l'optique de « normes essentielles » qui mettent l'accent sur les actions les plus importantes en vue de réaliser les objectifs d'amélioration des soins de santé
- Un « modèle de prestation des services » ou « modèle de prise en charge » qui devrait assurer de façon efficace que les normes soient bien mises en oeuvre et que les patients reçoivent ce dont ils ont besoin
- Une série de changements organisationnels qui facilitent la mise en oeuvre de normes et le modèle de prestation des services.

3.4 Analyse régulière des résultats mesurables pour guider l'amélioration de la qualité

Un collaboratif se base à la fois sur le paquet de mise en oeuvre initial et tous les peaufinages avec évidence. Et tout comme une équipe d'amélioration de la qualité de base, la mise en œuvre des changements continus sur l'évidence qui se traduit par des améliorations. Ainsi, le monitoring est une composante essentielle d'un collaboratif. Le monitoring consiste à :

- Développer un ensemble limité d'indicateurs clés qui vont refléter l'évolution vers les objectifs d'amélioration que chaque équipe et le collaboratif en général utilisent pour juger leur progrès

- Développer des systèmes de collecte et de compilation de données sur les indicateurs et sur les changements ou pratiques améliorées mises en oeuvre au niveau de chaque équipe pour le collaboratif en général
- Mettre en place des mécanismes pour la validation, l'analyse et l'interprétation de ces données, au niveau des Équipes AQ et rassemblées au niveau du collaboratif.

La où c'est possible, les indicateurs doivent inclure des mesures de *processus* (par ex. adhésion aux normes relative à la qualité des soins, fonctionnement des Équipes AQ), de *résultat/impact* (par ex. effets sur le taux de fatalité des cas) et si nécessaire, d'*apport d'intrants* (par ex. disponibilité de matériel ou équipement essentiel). Les équipes doivent documenter les améliorations mises en oeuvre et mesurer régulièrement (souvent par mois) leurs indicateurs en vue de déterminer comment les améliorations contribuent à l'atteinte des objectifs d'amélioration. En plus de l'ensemble d'indicateurs que les équipes mesurent, chaque équipe pourrait également utiliser des mesures supplémentaires en vue de tester si des changements spécifiques qu'ils mettent en atteignant les résultats attendus.

Les équipes partageront leurs changements et leurs résultats avec d'autres équipes pendant les sessions d'apprentissage ou d'autres possibilités d'échange d'informations (telles que les sites Web, etc.). En général, les données sur les indicateurs communs et ceux des équipes individuelles sont collectées et compilées par les équipes elles-mêmes (auto-monitoring). Ainsi, il est important de s'assurer que les systèmes pour vérifier la validité de ces données sont en place puisque les résultats du collaboratif seront utilisés pour identifier les meilleures pratiques et le paquet de mise en oeuvre amélioré qui peut être vulgarisés vers les autres sites. Partout où c'est possible, les données doivent venir des sources existantes et non d'un système de collecte des données différent.

3.5 Partage d'expériences pour une amélioration accélérée à grande échelle

Une autre caractéristique essentielle du collaboratif, sont les contextes de structures pour l'échange d'expériences, de résultats et des pratiques prometteuses entre équipes. Cet aspect distingue les collaboratifs des autres Méthodes AQ et est essentiel pour la réalisation des résultats, parce que les équipes apprennent les unes des autres. Ces possibilités d'apprentissage partagé sont souvent organisées comme « sessions d'apprentissage », mais peuvent également concerner la communication des résultats par les coaches qui visitent plusieurs équipes, l'utilisation d'un site Internet où des données et expériences sont postés, les appels téléphoniques, les réunions en petit comité et autres mécanismes. Généralement, les sessions d'apprentissage rassemblent des représentants de toutes les Équipes AQ (ou tous les sites d'une région si ces sessions d'apprentissage sont décentralisées) de façon régulière pour mener trois principales activités :

- Partager les changements et les résultats (bons et mauvais)
- Identifier les innovations et les pratiques prometteuses
- Renforcer leurs connaissances en contenu technique et en AQ (si nécessaire).

Les sessions d'apprentissage rassemblent des membres des équipes ainsi que des experts en contenu technique et des experts en amélioration de la qualité. Les membres des équipes participant aux sessions d'apprentissage acquièrent des connaissances et du matériel lors de ces réunions. Dès leur retour, ils les partagent avec les autres membres des équipes au niveau des structure/formations sanitaires et élaborent des plans d'action pour commencer à effectuer les changements. En général, toute phase d'un collaboratif pourrait comprendre trois à six sessions d'apprentissage suivies par un atelier/conférence de synthèse où les meilleures pratiques et les modifications finales au paquet de mise en oeuvre sont identifiées.

Le grand effet de l'extension des connaissances d'un groupe de praticiens à un autre souligne l'importance de la gestion des connaissances au cours d'un collaboratif en vue d'obtenir, analyser, choisir, organiser et mettre à la disposition d'un grand nombre de formations sanitaires et des

prestataires, les connaissances cliniques et organisationnelles relatives à l'amélioration des processus de soins, ainsi que des expériences pratiques en matière de mise en oeuvre.

3.6 Stratégie de l'extension

Parce que le collaboratif est par définition un mécanisme pour l'élaboration d'un modèle de prise en charge des services, de changements organisationnels et de meilleures pratiques pour mettre en oeuvre un ensemble de normes puis partager ces connaissances au-delà d'un seul site, une stratégie d'extension est un élément essentiel du collaboratif. La stratégie d'extension doit d'abord définir le groupe cible qui doit éventuellement mettre en oeuvre le contenu du paquet de mise en oeuvre amélioré, puis déterminer les étapes pour les atteindre.

Une façon d'étendre les connaissances et les améliorations aux nouveaux sites est celle à travers un collaboratif d'extension. Le collaboratif d'extension utilise la structure du collaboratif d'un réseau de sites, un paquet (renforcé) de mise en oeuvre commun et des indicateurs ainsi que des sessions d'apprentissage et autres mécanismes pour l'apprentissage partagé pour étendre les améliorations avérées vers un nombre significatif de centres de santé et/ou praticiens. Les collaboratif d'extension reposent sur un personnel expérimenté en AQ et des « champions de la qualité » issus du collaboratif de démonstration pour assurer un appui sur la base de leurs propres expériences et qui peuvent motiver de nouveaux centres de santé pour donner la preuve tangible que l'amélioration est possible. La phase d'extension peut être une série de vagues qui augment graduellement les activités et impliquent d'autres régions jusqu'à ce que toute la zone cible (par ex. tout le pays) soit couvert.

Nous avons trouvé que le collaboratif d'extension réalise souvent l'extension à une vitesse plus accélérée que le collaboratif original en s'appuyant sur les connaissances acquises—non seulement clinique, mais également d'importantes connaissances opérationnelles et organisationnelles—sur les voies et moyens d'améliorer les processus de soins, la plupart desquels avaient été testés et développés au cours du précédent collaboratif de démonstration.

Selon les objectifs d'extension et les ressources disponibles dans une situation donnée, les autres stratégies d'extension sont possibles et pourraient être plus adéquates. La dissémination des améliorations sous forme d'algorithmes ou de politiques, de formation en cascade, d'animateurs, de campagnes et d'approbation par des institutions ou personnes prestigieuses a été utilisée, séparément et en association, en vue de vulgariser ces améliorations. Ces approches mettent l'accent sur un ou plusieurs facteurs nécessaires pour effectuer l'extension : la dissémination met l'accent sur la sensibilisation des praticiens sur les avantages des meilleures pratiques ; la formation et l'encadrement mettent l'accent sur le développement des compétences techniques ; les campagnes se penchent sur la promotion d'un engagement et d'une volonté politique ; et l'élaboration et l'approbation des politiques se concentrent sur l'augmentation de la légitimité perçue des interventions améliorées et l'adhésion aux valeurs institutionnelles acceptées.

La couverture souhaitée pour les améliorations développées dans le collaboratif et la stratégie pour atteindre ce niveau de couverture affectent à la fois le choix initial des sites et la structure organisationnelle nécessaire pour appuyer l'extension. Les rôles et responsabilités pendant la phase d'extension pourraient être un peu différents de ceux du collaboratif de démonstration pour assurer un appui adéquat au nombre croissant de sites et de favoriser l'institutionnalisation⁴ des améliorations.

3.7 Structures organisationnelles

Les structures organisationnelles constituent le cadre pour la gestion du collaboratif. Plusieurs rôles clés sont essentiels au collaboratif ; ils peuvent être répartis entre différents acteurs au sein de structures diverses :

⁴ « Institutionnalisation des améliorations » veut dire que ces dernières sont devenues partie intégrante et du fonctionnement régulier du système de soins. Pour une analyse plus approfondie sur l'institutionnalisation de l'AQ, voir Franco et al. 2002.

- 1) Leadership/ direction stratégique : Son rôle est d'assurer que le collaboratif continue à oeuvrer vers ses objectifs d'amélioration, apporte un appui moral et politique ainsi que des ressources qui habilitent et motivent les équipes participantes et les acteurs à rester engagés et actifs ; il facilite l'évolution à partir des changements de la façon dont le travail est effectué vers les changements de politique qui vont permettre la pérennisation et l'extension des améliorations.
- 2) Gestion quotidienne : Ce rôle important assure un monitoring minutieux des équipes et des résultats en vue d'adapter les activités du collaboratif à la réalité du terrain. Ce rôle implique la planification et la gestion de la mise en oeuvre des activités ; la gestion la collecte, la validation, le stockage et l'analyse des données du collaboratif ; et l'organisation du coaching et des sessions d'apprentissage, etc.
- 3) Expertise en contenu et en AQ : Reposant sur un « paquet de mise en oeuvre » basé sur l'évidence, les collaboratifs s'appuient sur de fortes équipes d'amélioration de la qualité. « L'expertise technique » (connaissances au sein d'une discipline, telles que la santé maternelle, le VIH/SIDA, etc.) est essentielle dans la préparation d'un collaboratif pour développer le paquet de mise en oeuvre et les indicateurs de suivi de l'amélioration, mais également dans la mise en oeuvre, de fournir l'appui technique aux équipes et le contenu technique lors des sessions d'apprentissage. « L'expertise en AQ » (connaissance des systèmes, des données, des processus de groupe) est importante pour le renforcement des capacités des Équipes AQ et l'appui dont elles ont besoin au début pendant qu'elles apprennent à travailler en tant qu'équipe, comment mettre en oeuvre de nouvelles normes ou meilleures pratiques, comment utiliser les outils et méthodes d'amélioration de la qualité et comment collecter et interpréter leurs données de monitoring. Ces deux types d'expertise (technique et AQ) pourraient être assurés par les mêmes ou différents acteurs dans le collaborative et ces acteurs pourraient contribuer comme membres d'un groupe technique d'experts, de formateurs et/ou de coaches pour les équipes.
- 4) Les Équipes AQ : Ces acteurs essentiels mettent en oeuvre les améliorations et créent de nouvelles connaissances sur les pratiques améliorées et un paquet de mise en oeuvre amélioré. Les autres rôles décrits ci-dessus viennent principalement en appui de ce que les Équipes AQ font sur le terrain. Les Équipes AQ doivent générer et mettre en oeuvre des changements sur la manière dont ils mènent leur travail quotidien, puis en mesurer l'impact en vue de déterminer si ces changements améliorent effectivement la qualité des services et ainsi atteignent les objectifs du Collaboratif d'amélioration.

Bien que le collaboratif lui-même ne soit pas une structure permanente, la pérennité des résultats enregistrés pendant le collaboratif dépendra de l'appui politique, matériel et technique constant en faveur du « paquet de mise en oeuvre » et de l'institutionnalisation des Méthodes AQ. Ainsi, la conceptualisation d'une structure organisationnelle doit inclure l'institutionnalisation et la pérennité des éléments clés du collaboratif, tels que les équipes amélioration de la qualité, le coaching des équipes, le monitoring des résultats et les possibilités d'apprentissage partagé. Ceci est mieux réalisé en greffant les rôles du collaboratif sur les structures existantes aux niveaux national et décentralisé si possible. Souvent, ces structures organisationnelles comprennent un groupe de gestion léger, un groupe « d'experts » et un « directeur » ou « coordinateur » au sein du Ministère de la Santé, ainsi que les points focaux au sein des structures de gestion au niveau décentralisé.

4 Activités clés pour le développement et la mise en oeuvre des Collaboratifs d'amélioration

La liste suivante des activités pour l'élaboration et la mise en oeuvre des Collaboratifs d'amélioration découle également de l'expérience du HCI et est plutôt illustrative que prescriptive. Au sein d'une phase, il n'y a pas un ordre unique pour ces activités et plusieurs d'entre elles sont itératives. On peut concevoir un Collaboratif d'amélioration comme ayant trois phases principales : 1) une phase

préparatoire qui assure une planification et un engagement d'acteurs clés adéquats ainsi que l'existence d'outils et de systèmes clés ; 2) la phase de mise en oeuvre ou de démonstration lorsque les équipes améliorent la qualité testent et documentent les changements en vue de surmonter les obstacles et mettre en oeuvre des pratiques basées sur l'évidence et des procédures avérées, partager et synthétiser l'apprentissage ; et 3) la phase d'extension dans laquelle l'apprentissage est enseigné vers d'autres sites ou organisations.

4.1 Phase préparatoire

- Engager les principaux acteurs dans la définition du thème du collaboratif.
- Identifier les objectifs d'amélioration qui visent des résultats importants attendus et les processus généraux pour réaliser ces objectifs.
- Envisager la conduite d'une évaluation ciblant des objectifs d'amélioration spécifiques.
- Mettre en place une structure organisationnelle pour le collaboratif, y compris les rôles et responsabilités spécifiques.
- Assurer la formation (si nécessaire) de directeurs, coordinateurs et coaches des collaboratifs pour leur permettre de remplir leurs rôles.
- Engager des experts locaux⁵ dans la revue des normes nationales actuelles à la lumière d'un ensemble de preuves au niveau local et international pour les meilleures pratiques ; déterminer les besoins potentiels d'adaptation des normes nationales ; et identifier d'autres meilleures pratiques relatives aux modèles de services ou à l'organisation.
- Identifier des indicateurs simples pour mesurer l'évolution vers les objectifs d'amélioration.
- Elaborer le contenu du paquet initial de mise en oeuvre en vue de promouvoir des normes basées sur l'évidence pour les résultats attendus.
- Déterminer le renforcement des capacités et les besoins en ressources pour permettre aux équipes de mettre en pratique le paquet de mise en oeuvre.
- Développer une formation intégrée (AQ/technique) et des stratégies d'encadrement pour réaliser les objectifs du collaboratif.
- Elaborer une stratégie d'extension et d'institutionnalisation, y compris la détermination des cibles à atteindre, ainsi que l'institutionnalisation des interventions et les activités d'amélioration continue de la qualité. Développer une stratégie pour assurer la pérennité à la fin du collaboratif formel.
- Choisir des sites initiaux à la lumière de la stratégie d'extension.
- Elaborer un plan de mise en oeuvre et un chronogramme du collaboratif.
- Elaborer et tester un système de monitoring, y compris un plan, des indicateurs, des outils et des mécanismes de monitoring pour la validation régulière des données.
- Concevoir un mécanisme et une approche standardisée pour saisir et documenter les améliorations testées et leurs résultats.
- Définir des mécanismes de communication et de partage qui vont faciliter l'apprentissage rapide, et organiser le contenu, les méthodes et l'extension des sessions d'apprentissage.
- Identifier les coaches potentiels, déterminer leurs besoins de renforcement de capacités techniques et en AQ et développer un plan pour le coaching régulier des Équipes AQ.
- Elaborer ou adapter des outils pour l'appui à l'Équipe AQ : contenu de formation, formation ACQ, monitoring (fiches de collecte de données, fiches de compilation et d'analyse, manuel de monitoring, stockage de données), coaching, aide-mémoire, etc.

4.2 Phase d'exécution (Démonstration)

- Créer et préparer les Équipes AQ à mener des actions d'amélioration en vue de réaliser les objectifs d'amélioration du collaboratif, y compris le renforcement des capacités dans les

⁵ Ces experts sont généralement du Ministère de la Santé, des universitaires, et/ou d'autres organisations et peuvent être au niveau national ou plus décentralisé.

domaines techniques du paquet de mise en oeuvre et de l'AQ (y compris l'utilisation des données par les équipes).

- Renforcer les capacités des coaches en techniques AQ, dynamique d'équipe, monitoring, encadrement et assurer des compétences techniques adéquates pour appuyer les équipes.
- Assurer la compréhension du processus d'auto-évaluation et la validité du processus et des données sur les résultats du monitoring.
- Assurer la disponibilité au niveau des sites des ressources essentielles nécessaires à la réalisation du paquet de mise en oeuvre.
- Assurer un appui adéquat en coaching AQ et contenu technique en faveur des équipes.
- Mettre en oeuvre des sessions d'apprentissage régulières ou autres mécanismes de partage des changements et des résultats.
- Oeuvrer avec les responsables de la santé et les Équipes AQ pour élaborer des mécanismes pour l'institutionnalisation et la pérennité, y compris leur monitoring.
- Se préparer pour la phase de mise à l'échelle/extension en s'assurant que les principaux acteurs et les décideurs sont régulièrement informés de l'évolution.
- Déterminer le moment propice pour synthétiser les interventions des équipes en vue de surmonter les obstacles, mettre en oeuvre les pratiques basées sur l'évidence et les procédures avérées et passer de la phase de démonstration à celle d'extension.

4.3 Phase d'extension (suivant l'approche collaboratif d'extension)

- Revoir les acquis de la phase de démonstration et élaborer un paquet de mise en oeuvre à promouvoir pendant la phase d'extension.
- Revoir la stratégie initiale d'extension ou de promotion/mise à l'échelle à la lumière des expériences de la phase de démonstration, en décidant du niveau de coaching, de formation et d'échange expériences qui sera nécessaire pour la pérennité et institutionnalisation.
- Organiser un atelier/conférence de synthèse avec la participation de tous les acteurs (y compris ceux qui seront ciblés pour l'extension) en vue de présenter et de discuter des résultats de la phase de démonstration.
- Elaborer un plan opérationnel pour l'extension, y compris le choix de nouveaux sites.
- Revoir la structure organisationnelles du collaboratif en vue de trouver des mécanismes graduellement plus durables pour appuyer un nombre accru d'Équipes AQ, y compris l'appui en coaching ; identifier les champions parmi les Équipes AQ du collaboratif de démonstration qui peuvent servir de coaches pairs dans les sites d'extension.
- Mettre en place et préparer de nouvelles Équipes AQ.
- Renforcer les compétences nécessaires au travail du collaboratif au sein des nouvelles équipes : compétences cliniques pour tous les prestataires, AQ pour les membres des équipes et coaches, etc.
- Assurer la disponibilité de ressources essentielles pour mettre en pratique le paquet de mise en oeuvre dans les nouveaux sites.
- Organiser les sessions d'apprentissage sur le contenu, les méthodes et l'extension ou autres mécanismes pour le partage quotidien. Déterminer s'il est besoin de décentraliser les sessions d'apprentissage et si oui, quand il faut réunir tous les sites pour l'apprentissage partagé.
- Assurer un appui adéquat en coaching AQ et contenu technique en faveur des équipes, y compris la possibilité d'utiliser les coaches internes. Renforcer les capacités des coaches en techniques AQ, dynamique d'équipe, monitoring, encadrement et assurer des compétences techniques adéquates pour appuyer les équipes.
- Elaborer un processus de validation des données du monitoring pendant la phase d'extension.
- Si une mise à l'échelle complète n'est pas encore réalisée, déterminer le moment propice pour la synthèse des acquis supplémentaires dans la phase d'extension, et passer à la mise à l'échelle complète (couverture complète).

5 L'après collaboratif

Le but ultime d'un Collaboratif d'amélioration est de réaliser des acquis significatifs et durables en matière de qualité des soins de santé. Mais une fois que les résultats ont été accomplis dans les sites participants (y compris les sites d'extension), le défi pour le système de santé est de trouver comment pérenniser ces réalisations à la fin des structures et de l'appui du collaboratif. Le projet HCI a trouvé que l'impact total d'un Collaboratif d'amélioration est réalisé seulement quand à la fois les acquis en matière de qualité des soins sont maintenus et le système de santé a intégré un processus constant pour améliorer la qualité des soins de façon continue.

La pérennisation des améliorations en matière de soins de santé et les pratiques AQ modernes est un défi qui ne doit pas être perçu comme arrivant de façon naturelle à la fin d'un collaboratif. Au contraire, des stratégies délibérées sont nécessaires en vue de préserver les acquis obtenus par le collaboratif et d'institutionnaliser processus AQ (Silimperi et al. 2002).

Parmi les stratégies qui se sont avérées efficaces pour préserver les acquis des collaboratifs au compte des aspects d'intégration du paquet de mise en oeuvre affiné du collaboratif à la politique et aux normes nationales de prestation de services et leur transformation en formation pré-service des agents de santé à travers des changements de programme et la mise à jour des enseignants. L'incorporation des indicateurs de la qualité dans les systèmes habituels de suivi et de rapports ainsi que des accords de gestion basés sur la performance a également permis de maintenir un haut niveau de qualité dans la prestation des services en créant des mécanismes qui rendent les centres de santé imputables pour la qualité. L'ajout du monitoring de la qualité aux fonctions de supervision est une autre stratégie qui peut permettre de maintenir l'élan pour des soins de qualité.

Indépendamment des stratégies spécifiques employées, la pérennisation de la qualité des soins requiert :

- Le renforcement des capacités locales à mener les actions d'AQ au niveau des centres de santé, y compris la création de structures permanents d'AQ si nécessaire
- Le renforcement des capacités des centres et districts pour l'encadrement et le monitoring des activités de qualité et d'AQ
- La participation accrue du gouvernement et de la société civile dans les initiatives de promotion de la qualité en vue de créer une base élargie d'acteurs et de défenseurs de la qualité des soins de santé
- Le rehaussement de la motivation et la création de facteurs motivants pour les prestataires de soins de santé à mener l'amélioration de la qualité, promouvoir l'adhésion aux normes et améliorer les résultats
- La promotion de la création d'une communauté permanente de pratique de la qualité pour le domaine technique du collaboratif (y compris le Ministère de la Santé, les corps professionnels, les institutions de formation pré-service, les responsables régionales et du district de santé, les ONG, les responsables de centre et les praticiens).

Le Projet HCI continuera à apprendre et à adapter l'approche du Collaboratif d'amélioration pour répondre aux questions relatives à l'extension, l'institutionnalisation et la pérennité des résultats et rechercher les voies et moyens d'exploiter plus efficacement la force du Collaboratif d'amélioration et autres Méthodes AQ en vue d'obtenir des acquis encore plus importants et une extension plus rapide et plus efficace des améliorations.

Références

- Ashton J. 2001. Taxonomy of Health System Standards. *Project Report*. Published for USAID by the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: Center for Human Services.
- Berwick DM. 1996. A primer on leading the improvement of systems. *Brit Med J* **312**:619-622.
- Berwick DM. 2004. Lessons from developing nations on improving health care. *Brit Med J* **328**:1124-1129.
- Boonstra E, M Lindbaek et E Ngome. 2005. Adherence to management guidelines in acute respiratory infections and diarrhoea in children under 5 years old in primary health care in Botswana. *Int J Qual Health Care* **17**(3):221-227.
- Burkhalter B, W Edson, S Harvey, M Boucar, S Djibrina, J Hermida, P Ayabaca, M Bucagu, S Gbangbade et A McCaw-Binns. 2006. Quality of obstetric care observed in 14 hospitals in Benin, Ecuador, Jamaica, and Rwanda. *Operations Research Results*. Published for USAID by the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC.
- Catsambas TT, LM Franco, M Gutmann, E Kneel, P Hill et YS Lin. 2008. Evaluating Health Care Collaboratives: The Experience of the Quality Assurance Project. *Collaborative Evaluation Series*. Published by the USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC.
- Dickson KE, J Ashton et JM Smith. 2007. Does setting adolescent-friendly standards improve the quality of care in clinics? Evidence from South Africa. *Int J Qual H Care* **19**(2):80-89.
- Edson W, B Burkhalter et A McCaw-Binns. 2007. Timeliness of care for eclampsia and pre-eclampsia in Benin, Ecuador, and Jamaica. *Int J Gyn Obst* **97**(3):209-214.
- Grimshaw JM et IT Russell. 1993. Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluation. *The Lancet* **342**:1317-1322.
- Harvey SA, P Ayabaca, M Bucagu, S Djibrina, W Edson, S Gbangbade, A McCaw-Binns et B Burkhalter. 2004. Skilled birth attendant competence: An initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *Int J Gyn Obst* **87**(2): 203-210.
- Heiby JR. 1998. Quality improvement and the integrated management of childhood illness: Lessons from developing countries. *J Qual Improvement* **25**:264-279.
- Hermida J et ME Robalino. 2002. Increasing compliance with maternal and child care quality standards in Ecuador. *Int J Qual Health Care* **14** (Suppl 1):25-34.
- IHI (Institute for Healthcare Improvement). 2003. La Série des Percées : Modèle collaboratif pour atteindre des percées dans les actions d'amélioration par IHI. *Série Innovation*. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement.
- Kelley E, C Geslin, S Djibrina et M Boucar. 2001. Improving performance with clinical standards: The impact of feedback on compliance with the Integrated Management of Childhood Illness algorithm in Niger, West Africa. *Int J Health Plann Mgmt* **16**(3):195-205.
- Langley GJ, KM Nolan, TW Nolan, CL Norman et LP Provost. *The Improvement Guide: A Practical Approach for Enhancing Organizational Performance*. 1996. San Francisco: Jossey-Bass.
- Loevinsohn DK, ET Guerrero et SP Gregorio. 1995. Improving primary healthcare through systematic supervision: A controlled field trial. *Health Pol Plann* **10**:144-153.

- Marquez L. 2002. Helping Healthcare Providers Perform According to Standards. *Operations Research Issue Paper 2(3)*. Published for USAID by the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: Center for Human Services.
- Massoud R, K Askov, J Reinke, LM Franco, T Bornstein, E Knebel et C MacAulay. 2002. Un Paradigme Moderne de l'Amélioration de la Qualité des Soins de Santé. *Série des Monographies d'AQ 1(1)*. Publié pour l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) par le Projet d'Assurance de Qualité (PAQ). Bethesda, MD : Center for Human Services.
- Nicholas DD, JR Heiby et TA Hatzell. 1991. The Quality Assurance Project: Introducing quality improvement to primary health care in less developed countries. *Qual Assurance Health Care* **3**:147-165.
- Nolan T, P Angos, AJLA Cunha, L Muhe, S Qazi, EAF Simoes, G Tamburlini, M Weber et NF Pierce. 2001. Quality of hospital care for seriously ill children in less-developed countries. *The Lancet* **357**:106-110.
- Osterholt DM, AK Rowe, MJ Hamel, WD Flanders, C Mkandala, LH Marum et N Kaimila. 2006. Predictors of treatment error for children with uncomplicated malaria seen as outpatients in Blantyre district, Malawi. *Trop Med Int Health* **11(8)**:1147-1156.
- Ovretreit J, P Bate, P Cleary, S Cretin, D Gustafson, K McInnes, H McLeod, T Molfenter, P Plsek, G Robert, S Shortell et T Wilson. 2002. Quality collaboratives: Lessons from research. *Qual Saf Health Care* **11**:345-351.
- Prendiville WJ, JE Harding, DR Elbourne et GM Stirrat. 1988. The Bristol third stage trial: Active versus physiological management of the third stage of labour. *Brit Med J* **297**:1295-1300.
- Rennie W, R Phetsouvanh, S Lupisan, V Vanisaveth, B Hongvanthong, S Phompida, P Alday, M Fulache, R Lumagui, P Jorgensen, D Bell et S Harvey. 2007. Minimising human error in malaria rapid diagnosis: Clarity of written instructions and health worker performance. *Trans Royal Society Trop Med Hygiene* **101(1)**:9-18.
- Rowe AK, D de Savigny, CF Lanata et CG Victora. 2005. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* **366**:1026-1035.
- Rowe AK, MJ Hamel, WD Flanders, R Doutizanga, J Ndooyo et MS Deming. 2000. Predictors of correct treatment of children with fever at outpatient facilities in the Central African Republic. *Am J Epidemiology* **10(8)**:1029-1035.
- Rowe AK, F Onikpo, M Lama, F Cokou et MS Deming. 2001. Management of childhood illness at health facilities in Benin: Problems and their causes. *Am J Public Health* **91**:1625-1635.
- Silimperi DR, LM Franco, T Veldhuyzen van Zanten et C MacAulay. 2002. A framework for institutionalizing quality assurance. *Int J Qual Health Care* **14** (Suppl 1): 67-73.
- Walker JA, DEC Ashley et RJ Hayes. 1988. The quality of care is related to death rates: Hospital inpatient management of infants with acute gastroenteritis in Jamaica. *Am J Public Health* **78**:149-152.
- Wilson T, DM Berwick et PD Cleary. 2003. What do collaborative improvement projects do? Experience from seven countries. *J Comm J Qual Saf* **29(2)**:85-93.
- Zeitz PS, CG Salami, G Burnham, SA Goings, K Tijani et RH Morrow. 1993. Quality assurance management methods applied to a local-level primary healthcare system in rural Nigeria. *Int J Health Plann Mgmt* **8(3)**:235-244.

Documentation supplémentaire sur l'amélioration et les Collaboratifs d'amélioration

- Batalden P et P Stoltz. 1993. A framework for the continual improvement of healthcare. *Jt Comm J Qual Improv* **19**(10):424-452.
- Berwick DM. 1996. Harvesting knowledge from improvement. *J Am Med Assoc* **275**(11):877-878.
- Boushon B, L Provost, J Cagnon et P Carver. 2006. Using a virtual Breakthrough Series Collaborative to improve access in primary care. *J Qual Pat Saf* **32**(10):573-584.
- Franco LM, DR Silimperi, T Veldhuyzen van Zanten, C MacAulay, K Askov, B Bouchet et L Marquez. 2002. Pérenniser la Qualité des Soins de Santé : L'Institutionnalisation de l'Assurance de Qualité. *Série de monographies d'AQ* 2(1). Publié pour l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) par le Projet d'Assurance de Qualité (PAQ). Bethesda, MD : Center for Human Services.
- Leape LL, Al Kabcenell, TK Gandhi, P Carver, TW Nolan et DW Berwick. 2000. Reducing adverse drug events: Lessons from a Breakthrough Series Collaborative. *Jt Comm J Qual Improv* **26**(6):321-331(11).
- Plsek P. 2000. Spreading Good Ideas for Better Health Care: A Practical Toolkit. *2000 Research Series, Volume 2*. Veterans Health Administration.

Glossaire

Acteur	Celui qui a partagé ou a un intérêt dans le collaboratif ou autre activité d'amélioration.
Amélioration continue de la qualité	Une approche de gestion pour améliorer et pérenniser la qualité qui met l'accent sur les évaluations internes et relativement continues des causes potentielles des déficits de qualité, suivies par des actions visant soit à éviter la baisse de qualité ou à la corriger à un stade précoce.
Amélioration de la qualité	En matière de soins de santé, le processus de rendre les soins intentionnellement meilleurs d'une certaine manière (par ex. l'efficacité, l'efficience, etc.), avec pour but ultime d'améliorer les résultats en matière de soins aux clients.
Coaching	Donner des directives, feedback et encadrement pour assurer une bonne performance.
Collaboratif d'amélioration	Une stratégie limitée dans le temps pour l'amélioration de la qualité basée sur l'apprentissage partagé qui rassemble un grand nombre d'équipes pour travailler en vue de réaliser rapidement des améliorations significatives de processus, qualité et efficacité d'un domaine spécifique de soins, avec l'intention de vulgariser ce paquet d'interventions avec comme résultat des améliorations aux autres sites.
Collaboratif de démonstration	Un Collaboratif d'amélioration qui vise à tester/mettre en oeuvre le paquet d'intervention et se termine avec un paquet plus clair, et mieux défini ; il est fréquemment suivi par une phase d'extension planifiée.
Collaboratif d'extension	Un collaboratif qui élargit (extensions) le nombre de centres de santé, organisations, ou autres structures appliquant les améliorations.
Constats	Résultats d'un processus, y compris les rendements, effets et impacts.
Cycle Planifier-Introduire-Etudier-Agir (PIEA)	Une méthode utilisée dans l'amélioration de la qualité pour tester les changements et voir s'ils ont produit l'effet attendu.

Extension (ou mise à l'échelle)	L'éventail d'activités visant à promouvoir des améliorations réussies à partir des sites initiaux qui servent une petite partie de la population à un plus grand nombre de centres de santé et de praticiens, une importante partie du système de santé, et une population plus nombreuse, comme une région ou un pays entier. L'essentiel de la théorie et l'application de l'extension vient des documents sur la diffusion de l'innovation.
Gestion totale de la qualité	Une approche à l'assurance de la qualité qui met l'accent sur une compréhension approfondie par tous les membres d'une structure de production des besoins et attentes des bénéficiaires ultimes des services ; un point de vue qui consiste à vouloir assurer des services aux bénéficiaires internes, intermédiaires dans la chaîne de service ; et la connaissance de comment utiliser des techniques spécifiques basées sur des données en vue d'évaluer et d'améliorer la qualité des résultats de leur propre équipe.
Impact	Un changement dans la situation (par ex. l'état de santé) des individus, des familles ou des communautés résultant d'un programme, projet ou activité. Par exemple, l'impact d'un programme de vaccination pourrait être la réduction de 15 pour cent de la mortalité infantile.
Indicateur	Une variable (ou caractéristique) mesurable qui peut être utilisée pour déterminer le degré d'adhésion à une norme ou le niveau de qualité réalisé.
Indicateur de qualité	Un processus ou mesure de résultat convenus qui est utilisé pour déterminer le degré d'adhésion à une norme ou le niveau de qualité réalisé ; une variable (ou caractéristique) mesurable généralement exprimée en chiffres (décomptes), moyennes et ratios (proportion ou taux).
Innovations	Les équipes d'amélioration de la qualité génèrent, découvrent et testent des solutions (innovations) qui les aident à surmonter les obstacles à la mise en œuvre des algorithmes et normes. Ces innovations n'ont pas encore eu des preuves substantielles mais sont soutenues par des résultats d'au moins un site et peuvent être partagés puis testés jusqu'à ce qu'ils ne puissent pas être améliorés de façon substantielle par d'autres équipes.
Institutionnalisation	Le processus à travers lequel un ensemble d'activités, de structures et de valeurs devient partie intégrante et durable d'une organisation. L'institutionnalisation de l'amélioration de la qualité veut dire que les gens savent ce qui doit se passer en vue d'assurer des soins de qualité, ils ont les capacités de le réaliser et ils sont engagés à le faire dans le temps ou en fonction des ressources disponibles.
Intrants	Les ressources nécessaires pour mener un processus ou assurer un service. Les intrants requis en matière de soins de santé sont généralement des structures financières, physiques telles que les bâtiments, le matériel et l'équipement, le personnel et les clients.
Médecine basée sur l'évidence	La pratique de médecine ou l'utilisation des interventions de soins guidées par ou basée sur une preuve scientifique. Aussi, éviter ces interventions scientifiquement vérifiées s'avère moins efficace ou nocif.
Meilleure pratique	Un moyen ou méthode pour accomplir une fonction ou processus qui est considéré supérieure à toutes autres méthodes connues. En soins de santé, elle est souvent utilisée pour se référer aux outils, matériel, modèles de prise en charge, organisation, et autres pratiques qui dans plusieurs contextes se sont avérées comme facilitant l'adhésion aux normes basées sur l'évidence de soins.
Norme	Un énoncé explicite sur la qualité attendue dans une activité de prestation de soins.

Objectifs d'amélioration	Enoncés des améliorations que le collaboratif cherche à réaliser ; souvent quantifiés comme des cibles spécifiques que le collaboratif cherche à atteindre.
Paquet de mise en œuvre	Un ensemble de changements qui, s'il est mis en œuvre, va améliorer la qualité. Tous les sites d'un collaboratif utilisent le même paquet d'intervention. Les changements peuvent être les meilleures pratiques basés sur l'évidence, les algorithmes ou le réaménagement d'un processus. Il est également parfois appelé un « paquet de changements. »
Paquet de mise en oeuvre peaufiné (ou amélioré)	Le résultat du travail effectué dans un collaboratif de démonstration dans lequel les meilleures pratiques et éventuellement les modifications des normes essentielles ont été ajoutées au paquet initial de mise en oeuvre avant son extension vers les autres sites.
Période d'action	Le temps entre les sessions d'apprentissage lorsque les équipes travaillent sur l'amélioration dans leur centre, appuyés par des visites (et parfois des appels) des coaches.
Portée d'un collaboratif	L'étendue ou l'étroitesse du domaine défini pour l'amélioration ; par exemple, un processus déterminé de soins (tel que les soins prénatals) à comparer avec un système plus large (soins obstétricaux essentiels).
Pratiques basées sur l'évidence	Pratiques tirées des meilleures preuves cliniques externes disponibles en recherche systématique.
Pratiques prometteuses	Des innovations ou solutions qui ont été essayées dans plusieurs sites, mais qui n'ont pas encore été testées suffisamment ou qui nécessitent des aménagements avant d'être intégrés dans un paquet d'intervention modifié ou amélioré.
Processus	Une série d'actions (ou activités) qui transforment les intrants (ou ressources) en un produit, service ou résultat souhaité.
Qualité	En matière de soins de santé, la performance selon les normes basées sur l'évidence qui sont accessibles aux clients et proposées de façon sympathique et respectueuse.
Session d'apprentissage	Une réunion regroupant certains membre des équipes et les experts techniques et en amélioration de la qualité pour apprendre des changements clés sur le thème et les technique d'amélioration de la qualité et partager leurs meilleures expériences en matière de mise en oeuvre des changements et de maîtrise des obstacles. Les équipes rapportent de ces réunions des connaissances et du matériel aux autres membres de leurs équipes pour initier les changements.
Stratégie de mesure	Le plan de collecte et de gestion de données qui seront utilisées pour mesurer l'évolution et les améliorations réalisées dans certains domaines. Cette stratégie incluse généralement un accord sur quelques indicateurs communs relatifs aux résultats escomptés du paquet d'interventions, un format pour la collecte des données, a plan d'analyse des données et un accord sur la production de rapports sur ces données (par ex. les tableaux et courbes).
Thème	Le domaine d'amélioration des soins de santé.

USAID PROJET D'AMÉLIORATION DES SOINS DE SANTÉ

University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814

Tel: (301) 654-8338

Fax: (301) 941-8427

www.hciproject.org