



IMPLEMENTING BEST PRACTICES IN REPRODUCTIVE HEALTH

Guide de promotion
du changement pour
le passage à grande
échelle de services
de santé efficaces



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



**Organisation
mondiale de la Santé**

**GUIDE DE PROMOTION DU CHANGEMENT
POUR LE PASSAGE À GRANDE ÉCHELLE
DE SERVICES DE SANTÉ EFFICACES**

Consortium de mise en œuvre des meilleures pratiques
2007

Copyright © 2007 Management Sciences for Health

Le présent guide a été réalisé pour le Consortium de mise en œuvre des meilleures pratiques (IBP) par le Projet Leadership, Management and Sustainability (LMS) de Management Sciences for Health (MSH) sous l'accord de coopération numéro GPO-A-00-05-00024-00 financé par l'Office of Population and Reproductive Health de l'Agence des États-Unis pour le développement international.

Veillez noter qu'il a été élaboré pour être utilisé par les membres du Consortium. Il réunit les opinions d'un groupe international d'experts et ne représente pas forcément les décisions ni la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé ou de l'Agence des États-Unis pour le développement international.

Si l'Organisation mondiale de la Santé et l'Agence des États-Unis pour le développement international ont pris raisonnablement toutes les précautions nécessaires pour vérifier les informations données dans la présente publication, le document est cependant distribué sans garantie d'aucune sorte, ni explicite, ni implicite. Le lecteur est seul responsable de l'interprétation et de l'utilisation qu'il en fait. L'Organisation mondiale de la Santé et l'Agence des États-Unis pour le développement international ne sauraient en aucun cas être tenues pour responsables d'éventuels préjudices qui pourraient résulter de son utilisation.

AVANT-PROPOS

L'Initiative pour la mise en œuvre des meilleures pratiques (IBP) est un partenariat mondial réunissant vingt-six organismes internationaux engagés à démontrer un modèle dynamique de coopération internationale et locale pour :

- élaborer des mécanismes et stratégies visant à améliorer l'introduction, l'adaptation, l'utilisation et le passage à grande échelle des pratiques techniques et administratives dont l'efficacité est bien établie et qui accroissent l'accès aux services de santé de la reproduction et la qualité de ceux-ci ;
- promouvoir une approche fondée sur des bases factuelles pour la prestation de services de qualité ;
- soutenir les ministères de la santé dans la coordination des intervenants s'occupant de la santé de la reproduction dans les pays ;
- collaborer pour éviter les chevauchements des efforts ;
- harmoniser les approches et trouver des synergies susceptibles d'accélérer la mise en œuvre et le passage à grande échelle des pratiques efficaces ;
- promouvoir la créativité et l'innovation ;
- maintenir une dynamique basée sur des réseaux actifs d'échanges et de communications.

En collaboration avec l'USAID, l'UNFPA et un petit groupe d'organismes internationaux, le Département OMS de Santé et recherche génésiques a lancé en 1999 l'Initiative IBP, officialisée ensuite en 2003 sous le nom de Consortium IBP.

Les partenaires IBP ont choisi de former des équipes spéciales, appelées « IBP Task Teams » et chargées de missions précises, définies par les partenaires pour atteindre notre objectif de développer l'accès aux services de santé de la reproduction et leur qualité.

Le présent guide est l'aboutissement de l'effort commun consenti par l'Initiative de Maximalisation de l'accès et de la qualité (MAQ) de l'USAID (www.maqweb.org) et une équipe de partenaires du Consortium, parmi lesquels le Département OMS de Santé et recherche génésiques, Chemonics, Engender-Health, Pathfinder International, Johns Hopkins University/Center for Communications Programs, Intra-Health International, Management Sciences for Health, Public Health Institute, University Research Co. LLC et l'Agence des États-Unis pour le développement international.

Les partenaires d'IBP ont constaté que le maillon manquant entre l'introduction et l'application efficace des meilleures pratiques était la capacité à promouvoir, à diriger et à gérer le processus de changement nécessaire pour les mettre en œuvre et améliorer la performance et la qualité des services. La gestion du changement fait l'objet d'une documentation très abondante et, pour éviter de dupliquer ce qui était déjà fait, l'équipe spéciale d'IBP a lancé un processus de consultation et de collaboration visant à partager les expériences et à examiner les directives publiées et les outils existants qui décrivent les différentes approches sur le sujet. Le présent guide est l'aboutissement de ce processus et il indique la voie claire où les pratiques bien établies pour opérer des changements sont reliées aux étapes pratiques qui montrent « comment » on les fait. Par ailleurs, les partenaires ont déterminé les outils essentiels de gestion créés par les membres d'IBP et les ont répertoriés dans le guide pour soutenir la mise en place du processus de changement.

REMERCIEMENTS

Le présent Guide de promotion du changement pour le passage à grande échelle de services de santé efficaces est l'aboutissement d'une collaboration. Tous les partenaires d'IBP vont soutenir sa diffusion et son utilisation au niveau des pays par le biais de leurs réseaux, projets et programmes.

Les partenaires d'IBP tiennent à remercier tout particulièrement :

- l'USAID et le secrétariat d'IBP, soutenus par le Département OMS de Santé et recherche génésiques pour leur assistance technique dans la préparation du document ;
- nos partenaires pour leur dévouement dans le travail de cette équipe spéciale : Chemonics, EngenderHealth, Pathfinder International, Johns Hopkins University/Center for Communications Programs, IntraHealth International, Management Sciences for Health, Public Health Institute et l'entreprise University Research Co., LLC ;
- les membres du projet Leadership, Management and Sustainability (LMS) de Management Sciences for Health qui ont dirigé l'équipe et publié le présent document pour le compte du Consortium dans le cadre de l'accord de coopération GPO-A-00-05-00024-00.

Ont participé à l'élaboration du présent document pour le compte de l'ensemble des partenaires de l'initiative IBP :

Chemonics
EngenderHealth
Pathfinder International
Johns Hopkins University/Center for Communication Programs
IntraHealth International
Management Sciences for Health
Public Health Institute
Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)
University Research Co., LLC
Organisation mondiale de la Santé / Département de Santé et recherche génésiques

Pour recevoir des exemplaires supplémentaires du guide ou obtenir d'autres informations, veuillez prendre contact avec Joseph Dwyer à l'adresse ci-dessous :

Management Sciences for Health
784 Memorial Drive Cambridge, MA 02319
Téléphone : +1.617.250.9500
jdwyer@msh.org

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Principes pour promouvoir et diriger le changement : créer un environnement propice.....	4
LA PROMOTION DU CHANGEMENT ETAPE PAR ETAPE	7
Vue d'ensemble du processus de changement.....	8
Phase préliminaire : formation de l'équipe de coordination du changement.....	10
Phase I : Définir le besoin de changement.....	11
Phase II : Planifier une expérience pilote puis son extension.....	14
Phase III : Soutenir l'expérience pilote.....	22
Phase IV : Porter à grande échelle les changements qui ont été réussis	24
EXEMPLES A TITRE D'ILLUSTRATION	32
Relancer l'offre et l'utilisation des DIU à Kisii au Kenya : l'expérience du Projet ACQUIRE.....	33
Approche à base communautaire pour la prévention des hémorragies du post-partum : l'expérience indonésienne	38
Le bon prestataire au bon endroit : extension des soins après avortement au premier niveau au Kenya.....	42

*« Les espèces qui survivent ne sont pas les espèces les plus fortes,
ni les plus intelligentes, mais celles qui s'adaptent le mieux aux changements »*

— Charles Darwin

INTRODUCTION

DU BESOIN D'UN GUIDE POUR FAVORISER LE CHANGEMENT

Le présent guide part de la reconnaissance que le changement est indispensable à la survie et que, bien dirigé et planifié, il est essentiel au progrès. Tous les succès dans le domaine du développement ont été conditionnés par un processus de changement systématique et cela vaut également pour l'amélioration de la santé de la reproduction.

Dans les milieux du développement, nous avons à la fois les connaissances médicales, cliniques et technologiques et l'expérience pour progresser à grands pas dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant, de la santé de la reproduction, de la planification familiale, du VIH/sida et d'autres maladies infectieuses. Nous disposons également du savoir et des méthodes nécessaires pour adopter et développer le changement dans la pratique des soins de santé. Le maillon manquant se situe entre ces deux facteurs : les connaissances techniques et les méthodes connues pour réussir le changement. Le recours à une pratique du changement fondée sur des bases factuelles augmente considérablement les chances de réussite et de pérennité quand on introduit, adapte, applique et généralise de nouvelles pratiques cliniques.

Tous ceux qui travaillent à l'amélioration de la santé – bailleurs de fonds internationaux, instituts de recherche, organismes techniques au niveau du pays, du district, de la clinique, de la communauté ou de la famille – s'occupent fondamentalement de la promotion, de la direction ou de la mise en œuvre du changement. Mais la voie n'est pas toujours tracée entre la pratique du changement et les pratiques cliniques ou programmatiques fondées sur des bases factuelles. C'est cette voie que nous allons proposer dans le présent guide.

BUT DU GUIDE

Le succès du changement n'est pas une fin en soi. C'est plutôt le moyen d'améliorer le fonctionnement et la qualité des services et donc, au bout du compte, la santé. Dans le présent guide, nous allons associer l'efficacité du changement aux pratiques cliniques et programmatiques ayant fait leur preuve pour obtenir des résultats :

- en augmentant la connaissance des approches qui ont fait leurs preuves pour effectuer un changement efficace ;
- en décrivant les principes fondamentaux d'un changement réussi ;
- en présentant les étapes pour réussir le changement ;
- en décrivant les grands défis à chaque étape et en recommandant des stratégies, outils et méthodes pour les surmonter ;
- en présentant des cas qui illustrent la mise en œuvre des différentes étapes dans des situations concrètes.

À QUI S'ADRESSE-T-IL PRINCIPALEMENT ?

Le processus de changement fait appel à divers intervenants :

- l'équipe de coordination, qui est mieux placée pour promouvoir les changements— elle identifie, encourage et soutient les efforts entrepris par les agents du changement ;
- l'agent du changement qui gère les services de santé et dirige le processus au niveau d'un programme, d'un site de prestation des soins, dans sa communauté ou dans son foyer ;
- les membres de l'équipe et les collègues qui assistent l'agent du changement pour élaborer, appliquer et faire le plaidoyer pour les nouvelles pratiques ;
- les exécutants, c'est-à-dire ceux dont le travail quotidien est affecté directement par le changement.

Bien que le présent guide soit utile à tous ces intervenants, il s'adresse en priorité au premier groupe, les équipes de coordination chargées de faciliter le changement et de soutenir les agents et les équipes qui le mettent en œuvre. Celles-ci incluent les membres du Consortium IBP, tant au niveau régional que national, des ministères de la santé, ainsi que des organisations non gouvernementales (ONG) et professionnelles (OC) nationales, des bureaux régionaux ou provinciaux des ministères de la santé (MS) ou des ONG et OC nationales, des bureaux régionaux ou nationaux de l'OMS, du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), des missions de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et des bureaux régionaux et nationaux des organismes de coopération de l'USAID.

Au niveau international, le présent guide s'adresse à l'OMS à Genève, au FNUAP, à la FIPF, à l'USAID, aux bureaux internationaux des ONG et des OC ainsi qu'au siège des organismes de coopération de l'USAID. Ils peuvent utiliser les parties consacrées au soutien général au changement, ainsi qu'à la mise en œuvre et au passage à grande échelle des pratiques fondées sur des bases factuelles dans le domaine de la santé de la reproduction. En revanche, les agents du changement trouveront d'avantage d'informations et les étapes à suivre pour le lancement et la mise en place du processus dans le numéro de la publication « The Manager », intitulé « Leading Changes in Practices to Improve Health Services ». ¹

Si vous faites partie de l'un de ces groupes professionnels ou d'un groupe apparenté, le présent guide pourra vous aider à améliorer vos activités. Vous découvrirez que ce processus de changement est cohérent et qu'il peut être utilisé avec l'optimisation des résultats, l'amélioration de la qualité, la gestion par objectifs, le modèle « COPE » (Créativité, Optimisme, Planification et avis d'Experts) et d'autres modèles et processus connus pour atteindre des résultats.

NIVEAUX ET TYPES DE CHANGEMENTS

Parmi tous les agents possibles du changement — prestataires de services, responsables de cliniques ou d'hôpitaux, dirigeants d'organisations, travailleurs périphériques dans les communautés, responsables locaux ou mères adoptant des pratiques fondées sur des bases factuelles pour garder leurs enfants en bonne santé — le présent guide porte avant tout sur les prestataires de service.

¹ Management Sciences for Health, « "Leading Changes in Practices to Improve Health », " *The Manager* (Boston) vol. 13, no. 3 (2004).

Il peut y avoir à ce niveau des changements importants dans :

- les pratiques cliniques ;
- les comportements ou pratiques des prestataires de soins de santé ;
- les pratiques administratives ;
- les systèmes de gestion.

Il est évident que les changements peuvent aussi avoir lieu dans les stratégies ou les structures organisationnelles, voire dans la société en général, mais ils sont alors plus complexes et interviennent à des niveaux supérieurs qui dépassent les établissements de santé sur lesquels le présent guide se concentre.

CONTENU DU GUIDE

Vous trouverez dans les différentes sections :

- les principes pour encourager le changement et le diriger ;
- les étapes à suivre pour encourager le changement ;
- des exemples illustrant ce qui précède.

Le CD-ROM joint au guide propose :

- une version électronique du texte intégral de « Encourager le changement pour consolider les services de santé » ;
- une introduction de deux pages ;
- une présentation PowerPoint du guide ;
- une sélection d'outils répertoriés, dans la section sur les étapes du processus pour encourager le changement.

Le module d'apprentissage en ligne « Leading Change to Improve Health Services », disponible sur le site du Centre d'apprentissage en ligne de l'USAID sur la santé mondiale à l'adresse www.globalhealthlearning.org, est une autre ressource utile pour comprendre les principes et le processus favorisant le changement.

PRINCIPES POUR PROMOUVOIR ET DIRIGER LE CHANGEMENT : CRÉER UN ENVIRONNEMENT PROPICE

Les principes présentés ci-dessous s'adressent aux acteurs du processus, c'est-à-dire vous (qui encouragez le changement) et les agents du changement (ceux que vous soutenez). Ils s'inspirent principalement de la pensée de John Kotter, dont les écrits sont riches en informations et en idées et proposent un contexte cohérent pour le changement organisationnel et structurel². Ses Huit étapes pour un changement organisationnel réussi sont largement considérées comme le cadre du changement réussi à tous les niveaux d'une organisation ou d'une entreprise³.

Principe n° 1 : Le changement doit être important pour ceux qui en sont les acteurs

En étant attentif aux bénéfices du changement et à la manière dont ils sont perçus, cela vous permet d'amener ceux qui l'exécutent à se l'approprier, ceux-là mêmes qui doivent réellement modifier leur manière de travailler au sein d'une unité ou d'un service. Pour avoir ce sentiment d'être parties prenantes, les exécutants doivent reconnaître les bénéfices qu'apportera le changement dans leur travail et leur vie. Pour influencer et faciliter les choses, vous devez aider l'agent du changement à transmettre la perception de ces bénéfices à son environnement de travail et la satisfaction des prestataires de services.

Plus grand sera le bénéfice perçu, plus l'adoption sera rapide⁴. Cinq aspects fondamentaux conditionnent dans le sens positif ou négatif la vision qu'ont les exécutants d'une innovation :

- *bénéfice relatif* : elle est manifestement bénéfique pour les exécutants et les personnes qu'ils servent ;
- *compatibilité* : elle doit être en accord avec les valeurs de l'organisation ;
- *simplicité* : elle doit être facile à comprendre et à mettre en œuvre ;
- *réalisation* : elle doit pouvoir être instituée sans bouleversement majeur des services actuels ;
- *observation objective* : elle doit pouvoir être mesurée pour montrer des exemples concrets de progrès⁵.

Principe n° 2 : Un agent du changement crédible, engagé et appartenant à l'organisation est indispensable pour modifier la pratique des soins de santé

Comme nous venons de le décrire, les agents du changement sont des personnes qui facilitent le travail des groupes en élaborant, appliquant et prônant les nouvelles pratiques. Ils doivent transmettre leur engagement et leur enthousiasme à ceux qui réalisent le travail quotidien pour que ces nouvelles pratiques deviennent la norme⁶. Ceux qui réussissent sont capables d'assumer, pour eux-mêmes et leur direction, le soutien au personnel dans l'effort de changement et ils possèdent les compétences et le tempérament nécessaires pour diriger des équipes et obtenir des résultats.

2 John P. Kotter, *Leading Change* (Boston : Harvard Business School Press, 1996).

3 Les étapes sont : 1. Créer un sentiment d'urgence, ; 2. Former une coalition, ; 3. Développer une vision, ; 4. Communiquer la vision, ; 5. Habilitier les autres à agir selon la vision, ; 6. Générer des gains à court terme, ; 7. Consolider les gains et introduire d'autres changements, ; 8. Ancrer les nouvelles pratiques dans la culture d'entreprise.

4 Everett Rogers, *Diffusion of Innovations* (Detroit : Free Press, 2003), 15-16.

5 Roy Jacobstein, « Some Considerations Drawn from the Theory of the Diffusion of Innovations and the Characteristics of Medical Settings », *Paper for International Best Practices Consortium* (July 2005), 3.

6 Ken Miller and Robin Lawton, *The Change Agent's Guide to Radical Improvement* (Milwaukee, WI : ASQ Quality Press, 2002).

La désignation d'un agent du changement respecté au sein du système associe la nouvelle pratique à une personne reconnue qui a travaillé avec ceux qui vont le mettre en œuvre. Selon les études sur les changements réussis, les personnes dans la catégorie des « adopteurs précoces » sont celles qui possèdent les caractéristiques et la crédibilité nécessaires pour influencer les autres⁷. Ce sont souvent les meilleurs agents internes du changement.

La généralisation du changement au sein des grandes organisations passe souvent par des agents placés aux différents niveaux et possédant les mêmes caractéristiques que les « adopteurs précoces »⁸.

Principe 3 : Le soutien à l'agent interne du changement lui donne la crédibilité et la confiance pour diriger

Ceux qui sont en position de favoriser le processus peuvent soutenir les agents locaux du changement (et leurs équipes) et leur apporter des données et des ressources aux quelles ces derniers n'ont pas accès. Ils peuvent également leur transmettre leurs connaissances des étapes à suivre pour parvenir au succès, y compris le savoir-faire pour planifier la progression et la pérennisation du changement proposé dès son introduction.

Principe 4 : Les chances de réussite sont plus grandes quand l'encadrement à tous les niveaux de l'organisation soutient le changement et quand celui-ci est introduit dans un environnement où il est habituel

Les études et les expériences montrent que l'adoption de nouvelles pratiques réussit, la plupart du temps, dans des organisations ou des groupes de travail ayant les cinq caractéristiques suivantes :

- les hauts responsables et les cadres à tous les niveaux transmettent facilement l'information et les connaissances et ils incitent leur personnel à faire de même. Ils ont un message clair : « ce changement est important et nous le soutenons » ;
- l'encadrement du changement s'inscrit dans la routine : le personnel est incité à apporter en permanence de petites améliorations pratiques et ne se contente pas de grands bouleversements en situation de crise ;
- les équipes de travail sont constituées de personnes aux profils variés et complémentaires. ;
- le personnel est récompensé ou apprécié quand il pose des questions, prend des risques et bouscule le statut quo pour mieux remplir la mission de l'organisation ;
- les membres du personnel ont confiance dans l'honnêteté et la crédibilité des personnes qui favorisent le changement⁹.

Les trois principes suivants caractérisent le rôle de l'agent du changement, qui est de diriger celui-ci au niveau local et à celui de la prestation des soins.

7 Rogers, 27-28.

8 Les « adopteurs précoces » sont les leaders d'opinion dans leur milieu du travail et leur contexte social. Ils sont reconnus et respectés en tant que tels et comme modèles. Ils sont plus disposés à prendre des risques et à essayer de nouvelles choses que les « adopteurs tardifs » et ils sont souvent désignés à des fonctions de direction ou de représentation dans leur travail ou dans leur groupe social.

9 Management Sciences for Health , « Leading Changes in Practices to Improve Health » 8.

Principe 5 : Le but, les bénéfices et les résultats escomptés doivent être clairs

Ceux qui mettent en œuvre le changement doivent s'assurer que les critères décrits sous le Principe n° 1 sont atteints : bénéfice relatif, compatibilité, simplicité, réalisation et observation objective. La rapidité du succès est fondamentale pour renforcer le mouvement et elle apporte la motivation nécessaire pour poursuivre l'investissement et entretenir la dynamique.

Les évaluations et les données concrètes apporteront au personnel la preuve des améliorations. Les essais à petite échelle diminuent le risque et conduisent les individus à adopter le changement, notamment si celui qui le présente est un leader d'opinion. En ce qui concerne les évaluations continues et les rectifications de trajectoire, l'expérience a souvent montré que les erreurs à petite échelle aboutissaient à terme à un plus grand succès que la mise en place, dès le départ, d'un programme énorme, très coûteux et non testé.

Principe 6 : En motivant et en soutenant le personnel tout au long du processus, on contribue au maintien de son engagement et à la création d'un réseau de soutien pour l'agent du changement

On a trop souvent tendance à sous-estimer les efforts et le soutien nécessaires pour pérenniser le changement. En apportant ce soutien tout au long du processus jusqu'à sa généralisation, on augmente considérablement la motivation des exécutants et les chances que le changement soit institutionnalisé. La communication, de personne à personne et en petits groupes, est indispensable pour l'adoption de nouvelles pratiques et d'autres comportements. Votre communication sera d'autant plus efficace que vous aurez conscience des différences culturelles dans votre environnement de travail, que vous les respecterez et que vous vous y adapterez.

Principe 7 : L'attribution et l'acceptation claires des responsabilités pour la mise en œuvre du processus augmentent les chances d'inscrire le changement dans les habitudes

L'agent du changement doit peser sur l'attribution des responsabilités pour la mise en œuvre du changement et encourager les membres de l'équipe à les accepter. Le fait de ne pas prendre le temps nécessaire pour intégrer les nouveaux comportements dans les systèmes et les habitudes de travail constitue l'un des principaux obstacles à la réussite. Pour responsabiliser le personnel dans la réalisation du processus, il faut :

- l'inciter à reconnaître la nécessité et la priorité du changement proposé ;
- lui donner les informations, les ressources et les compétences nécessaires pour assumer ses nouvelles responsabilités ;
- intégrer ses nouvelles responsabilités dans les rendements attendus et le rendre comptable de la part qu'il est tenu de fournir pour accomplir le changement.

Principe 8 : Commencez sans attendre où vous le pouvez

Il ressort des ouvrages que la réussite dépend de l'adhésion de la direction au changement. Cela est vrai à long terme et plus particulièrement quand il s'agit de généraliser le changement dans l'ensemble d'une organisation et au-delà. Mais de nombreux succès ont commencé dans le recoin d'un hôpital, dans un centre communautaire ou un dispensaire, ou dans une province ou un district éloigné sous l'égide d'une équipe et d'un agent motivés.

Votre tâche consiste à aider l'agent du changement à persévérer, même si le soutien n'arrive pas de tous les côtés. En réalité, c'est souvent le succès avéré d'une nouvelle pratique qui conduit les décideurs au plus haut niveau à l'ancrer dans l'ensemble de l'organisation. Si vous n'avez pas au début le soutien de vos cadres supérieurs, une stratégie utile est de convertir progressivement des personnes de plus en plus haut placées au fur et à mesure que vous obtenez des succès.

10 Rogers, 171.

LA PROMOTION DU CHANGEMENT ETAPE PAR ETAPE

Le procédé que nous décrivons ici est orienté sur les équipes de coordination dont les membres sont chargés d'initier et de soutenir un changement nécessaire pour une pratique ou un ensemble de pratiques sanitaires. Ce changement peut commencer à différents niveaux. Il arrive parfois qu'une pratique fondée sur des bases factuelles soit introduite au niveau national ou régional pour résoudre un problème de santé publique très répandu. Par exemple, un ministère de la santé ou un bailleur de fonds peut commencer à fournir des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour réduire la mortalité infantile due au paludisme.

Mais il arrive aussi que le changement « éclore » à partir des employés d'un établissement sanitaire souhaitant améliorer une situation qui les empêche de servir les clients comme ils le voudraient. Nombreux sont les exemples de directeurs d'hôpitaux qui ont introduit des pratiques avérées pour réduire un taux d'infection inacceptable ou d'infirmières d'une clinique ayant mobilisé leur personnel pour améliorer le soutien et le conseil et augmenter ainsi le nombre de ceux qui acceptent la planification familiale. Le lecteur trouvera une étude sur les changements émanant des établissements de santé dans Management Sciences for Health « Leading Changes in Practices to Improve Health ».

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, des groupes très divers peuvent assurer la coordination pour soutenir le changement, quelle qu'en soit l'origine. Parmi les entités les plus enclines à assumer ce rôle, on retrouve les membres régionaux ou nationaux du Consortium, les ministères de la santé, les ONG et les OC, au niveau national et provincial, les représentations régionales ou nationales de l'OMS, du FNUAP et de la IPPF, les missions de l'USAID et les bureaux régionaux et nationaux des agences de coopération de l'USAID.

Une équipe de coordination du changement peut être constituée de deux manières : soit en réponse directe à une ou des pratiques susceptibles d'être perfectionnées avant qu'un agent ne soit choisi, soit pour soutenir un agent du changement déjà désigné pour mener à bien un changement décidé pour une ou plusieurs pratiques. Dans le cadre d'IBP, nous avons rédigé le présent guide dans l'optique de la première hypothèse – celle où la constitution d'une équipe et la désignation d'un agent du changement ne s'effectuent pas avant l'étape n° 2. En cas de désignation préalable de cet agent, il deviendra un participant actif dans toutes les étapes du processus.

Les phases et les étapes décrites ci-dessous s'appliquent à toute équipe de coordination du changement. Pour chaque étape, le lecteur trouvera :

- les facteurs facilitant l'accomplissement de l'étape (hypothèses de base, besoins et conditions préalables) ;
- le but de l'étape ;
- les défis pouvant surgir au cours de l'étape ;
- les causes sous-jacentes à ces défis ;
- les stratégies proposées pour remédier aux causes et surmonter les défis ;
- les outils qui aideront les équipes à surmonter les défis à partir des expériences documentées d'autres équipes ayant mené un processus semblable.

Nous proposons avec ces étapes une suite des événements, qui peut néanmoins varier en fonction de la situation.

Il y a aussi des outils applicables à l'ensemble du processus de changement et nous les décrivons en page 9.

Le présent guide comporte également trois études de cas illustrant comment les équipes de coordination ont appliqué les phases et les étapes pour provoquer des changements importants dans des pratiques de soins de santé. Ces cas portent sur la gestion active de la troisième phase de l'accouchement par des agents de santé communautaires formés bénévoles en Indonésie, les soins après l'avortement fournis par les prestataires de niveau intermédiaire et la fourniture des dispositifs intra-utérins dans une situation de forte prévalence des infections sexuellement transmissibles.

VUE D'ENSEMBLE DU PROCESSUS DE CHANGEMENT

Phase préliminaire : Formation de l'équipe de coordination du changement

Phase I : Définir le besoin de changement

- a. Déterminer le problème (une pratique ou un ensemble de pratiques empêchant la prestation de services de qualité), analyser les causes profondes et reformuler le problème comme un défi ;
- b. Déterminer et décider le changement souhaitable, les objectifs, les résultats escomptés et les obstacles éventuels. (Pourquoi voulons-nous faire ce changement ? Quelles en seront les retombées positives pour les services ? Où peuvent se situer les difficultés pour y parvenir ?).

Phase II : Planifier une expérience pilote puis son extension

- a. Choisir un agent dévoué du changement (si personne n'a encore été désigné) et une équipe ;
- b. Avec l'aide de cet agent, déterminer et analyser les pratiques intéressantes et efficaces dans d'autres lieux ;
- c. Choisir et adapter une pratique efficace qui convienne au contexte de prestation des soins et au changement nécessaire ;
- d. Avec l'agent et l'équipe, préparer un projet de mise en œuvre et de suivi du changement souhaité dans des sites témoins ;
- e. En fonction du plan de mise en œuvre, faire les choix stratégiques qui s'imposent pour étendre le changement qui a réussi.

Phase III : Soutenir l'expérience pilote

- a. Aider à créer et à maintenir un environnement qui va encourager le changement en soutenant l'agent et l'équipe du changement ainsi que le reste du personnel, tout au long du processus sur les sites témoins ;
- b. Utiliser le plan et les indicateurs pour évaluer, surveiller et ajuster en permanence l'effort de changement.

Phase IV : Porter à grande échelle les changements qui ont été des succès

- a. Évaluer, consolider et divulguer les enseignements tirés de l'expérience pilote et décider de porter à grande échelle ou pas la ou les nouvelles pratiques ;

- b. En cas de succès de l'expérience pilote, choisir la stratégie d'extension la mieux adaptée au programme régional ou national ;
- c. Obtenir l'engagement d'un large groupe de parties prenantes, ainsi que les ressources pour appuyer la stratégie retenue ;
- d. Mettre en œuvre la stratégie de passage à grande échelle en intégrant la ou les nouvelles pratiques dans les politiques, systèmes, programmes, plans, budgets existants ainsi que les résultats escomptés ;
- e. Évaluer et diffuser les résultats des pratiques portées à grande échelle.

Approches et outils valables pour l'ensemble du processus de changement

- Change Facilitation (Global Network for Exploring, Creating, and Celebrating Change) « Change Management Toolkit » <http://www.change-management-toolbook.com/>. Il s'agit d'une compilation de plus de soixante outils, méthodes et stratégies qui s'appliquent à différents niveaux du développement personnel, d'équipe ou organisationnel, dans la formation, de la facilitation des échanges et le conseil. Il est divisé en trois sections: Soi-même, Équipe et Système plus important. (Non disponible en français) ;
- Management Sciences for Health. *Transformer les managers en leaders : guide pour l'amélioration des services de santé*, Management Sciences for Health, 2005. Ce manuel propose différentes approches pour la mise en place de pratiques de gestion et de management que les dirigeants peuvent utiliser au sein de leurs équipes pour relever les défis, surmonter les difficultés et atteindre leur vision d'une meilleure santé pour tous. <http://erc.msh.org/leadernet/page.cfm?cI=235&nav=163&lang=en>
- Management Sciences for Health. « Prendre l'initiative des changements de pratiques pour améliorer la santé », *Le Management* (Boston) vol. 13, no. 3 (2004). Ce numéro de la publication *The Manager* aide les dirigeants qui travaillent avec une équipe de changement à établir les défis communautaires et organisationnels qui demandent un changement dans les pratiques cliniques ou de gestion. Il énumère des facteurs clés pour le succès et présente les cinq phases du processus de changement http://erc.msh.org/TheManager/French/V13_N3_Fr_Issue.pdf ;
- Management Systems International. « Implementing Policy Change Series » <http://www.msiworldwide.com/ipc>. L'ensemble de ces documents a été écrit dans le cadre du programme Implementing Policy Change (IPC) financé par l'USAID et qui a fonctionné dans les pays en voie de développement à travers le monde pour améliorer la mise en œuvre de politiques et la gouvernance démocratique. (Non disponible en français) ;
- Management Systems International. « Institutional Development Toolkit » ;
- http://www.msiworldwide.com/gral/nwproductsinfo/institutional_dev.htm. Cet outil général pour le développement institutionnel a été conçu pour les organisations à but non lucratif. Il concentre l'attention sur la participation, l'utilisation de systèmes de gestion et sur l'indépendance de l'organisation. (Non disponible en français)
- Massoud, Rashad et coll. *Un paradigme moderne d'amélioration de la qualité des soins de santé*. Bethesda, MD : Projet d'Assurance de Qualité, 2001. Ce guide pour améliorer la qualité contient une section avec des outils pour élaborer des organigrammes : analyses causales, analyse des forces sur le terrain, collecte de données, brainstorming, analyse d'affinités, techniques de pensée créative et établissement de priorités. Il contient également une matrice pratique qui montre l'application des différents outils en fonction des étapes ;
- Sirkin, Harold L., Perry Keenan et Alan Jackson. « DICE Assessment Tool » in « The Hard Side of Change Management ». *Harvard Business Review* 83 (octobre 2005): 108-118 (Non disponible en français).

PHASE PRÉLIMINAIRE : FORMATION DE L'ÉQUIPE DE COORDINATION DU CHANGEMENT

Que la formation de l'équipe précède la sélection de l'agent du changement ou l'inverse, tous les deux profiteront indéniablement d'un soutien continu, aussi dynamiques, motivés et intelligents soient-ils. Votre équipe de coordination doit être manifestement apte à l'exercice des responsabilités. Ses membres et vous serez chargés de trouver des pratiques, fondées sur des bases factuelles, que l'agent du changement peut ne pas connaître et d'obtenir le soutien politique et matériel auprès des partenaires concernés. En cas de désignation préalable de l'agent du changement, il ou elle sera un membre précieux de l'équipe de coordination.

Parfois, une nouvelle équipe peut être spécialement constituée pour une initiative de changement. Les équipes d'IBP par exemple sont idéalement placées pour apporter leur contribution aux grands efforts de la santé de la reproduction dans les pays et les États participants. Dans d'autres cas, on peut mobiliser officiellement une équipe déjà en place à d'autres fins pour un effort de changement. Un Conseil national de la santé de la reproduction peut aussi, sur des bases factuelles, promouvoir une pratique pour améliorer les prévisions ou classer les méthodes de planification familiale. Enfin, il arrive qu'une ONG internationale forme une équipe dans un pays pour favoriser l'adoption de nouvelles pratiques améliorant l'efficacité des relations entre client et prestataire.

Manifestement, les membres de ces équipes de coordination varient en fonction du lieu et de la nature du changement proposé. Ils peuvent être choisis par le ministère de la santé ou d'autres hauts responsables gouvernementaux, parfois en concertation avec des bailleurs de fonds ou des organisations internationales.

Pour apporter un appui solide pendant toute la durée de l'effort, les membres de votre équipe doivent aussi satisfaire plusieurs critères importants : représenter un vaste éventail de parties prenantes, avoir un réel pouvoir de décision et être en mesure d'influencer ces partenaires. Cela permettra à votre équipe de mobiliser les ressources nécessaires à la mise en exécution du processus de changement auprès des institutions ou des personnalités concernées. Certains des membres de l'équipe de coordination doivent avoir de solides connaissances sur les techniques appliquées dans les centres de santé concernés et tous doivent être animés par la nécessité de les améliorer.

Au-delà de ces spécificités, votre équipe et vous devez vous préparer à consacrer le temps, l'énergie et la réflexion nécessaires à un appui méthodique et systématique pendant toute la durée du processus. Pour que l'équipe contribue efficacement au changement souhaité, tous ses membres doivent s'y engager sans réserve. Vous devez avoir une compréhension commune de la tâche à accomplir, des résultats escomptés et de vos responsabilités individuelles. Vous devez vous accorder sur les messages à donner et les présenter de manière cohérente aux différents publics.

Cet exercice n'est pas toujours aisé : il arrive que les membres de différentes organisations ou services au sein d'un organisme aient à rendre des comptes à différentes autorités qui n'ont pas les mêmes politiques, approches ou priorités. Il peut y avoir une concurrence entre les organisations ou les services et il arrive que ces diverses entités récompensent l'esprit de compétition.

Les équipes de changement ont surmonté avec succès ces obstacles :

- en choisissant des membres ayant une largeur de vue leur permettant de dépasser la loyauté à leur organisation ou à leur service ;
- en incitant les membres à faire taire leur esprit de compétition pour travailler ensemble sur un but commun ;
- en demandant à un membre de la hiérarchie de décrire clairement les résultats escomptés ;

- en faisant largement savoir que l'équipe et ses membres devront rendre des comptes et seront récompensés s'ils obtiennent les résultats attendus.

Il existe beaucoup de ressources et de méthodes différentes pour constituer des équipes et permettre à leurs membres de travailler efficacement ensemble. En voici quelques-unes des plus utiles :

- Institute for Health Care Improvement. « *Forming the Team* » <http://www.ihc.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/formingtheteam.htm>. (Non disponible en français) ;
- IntraHealth. « Performance Improvement Stage 2: Obtain and Maintain Stakeholder Agreement » <http://www.intrahealth.org/sst/stage2.html> (Non disponible en français) ;
- Management Sciences for Health. « Analyser les intérêts des parties concernées » dans *Transformer les managers en leaders : guide pour l'amélioration des services de santé*, 220-222. Boston : Management Sciences for Health, 2005. <http://erc.msh.org/leadernet/page.cfm?cI=235&nav=163&lang=en> ;
- Management Sciences for Health. « *Effective Meetings* » Internal communication (Non disponible en français).

PHASE I : DÉFINIR LE BESOIN DE CHANGEMENT

Au cours de cette phase, l'équipe de coordination commence par reconnaître la pratique ou l'ensemble de pratiques posant problème et devant être changées pour que le programme puisse atteindre ses objectifs sanitaires. Elle détermine ensuite les causes sous-jacentes, c'est-à-dire les raisons pour lesquelles ces pratiques perdurent. Elle reformule le problème comme un défi en posant la question suivante : « Comment peut-on atteindre les résultats voulus avec les obstacles que nous devons surmonter ? » Ce type d'énoncé permet d'établir le cadre dans lequel progresser vers le changement, au lieu de stagner dans la répétition perpétuelle du problème et de ses causes.

Étape I. Déterminer le problème (une pratique ou un ensemble de pratiques empêchant la prestation de services de qualité), analyser les causes profondes et reformuler le problème comme un défi

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- Une ou plusieurs pratiques doivent changer si le programme veut améliorer ses résultats et remplir sa mission ;
- Des responsables nationaux ou régionaux reconnaissent ce besoin de changement. Ceux-ci peuvent être des cadres supérieurs officiellement désignés ou des prestataires de soins ayant une influence et une autorité informelles.

But de l'étape

- Constater les besoins de changement et les raisons pour l'entreprendre
- Attribuer la responsabilité du processus à mettre en place ;
- Concentrer l'attention sur les causes plutôt que sur les symptômes pour pérenniser le changement ;
- Convertir les remarques négatives en incitations positives au changement.

Défis

- Faire largement reconnaître qu'il y a des problèmes dans l'état actuel des choses et que le changement est une priorité ;
- S'accorder sur une pratique ou un groupe de pratiques qui doivent être changées en priorité ;
- Examiner en détail les raisons du problème et ne pas se contenter d'analyses superficielles ;
- Éviter le découragement aboutissant à l'inactivité.

Causes sous-jacentes

- Les conséquences négatives de la pratique actuelle sur le rendement du service ne sont pas forcément reconnues par le plus grand nombre ;
- Selon les perspectives, les opinions peuvent diverger sur ce qui est le plus nuisible pour les résultats ;
- Certaines personnes influentes profitent directement ou indirectement de l'état actuel des choses ;
- Il n'est pas toujours facile ou agréable d'examiner un problème en profondeur, d'énumérer les facteurs qui en sont la cause et de chercher activement à y remédier.

Stratégies pour faire face aux défis

- Discuter avec l'équipe de l'impact des différentes pratiques sur le rendement et, au bout du compte, sur la population desservie ;
- Parvenir à un consensus sur la ou les pratiques qui ont un impact particulièrement dommageable et qui, une fois changées, amèneront un réel changement ;
- Analyser les causes profondes de la persistance de ces pratiques ;
- Donner au problème négatif (« Nous sommes toujours confrontés à ces obstacles quand nous essayons d'obtenir des résultats ») un énoncé positif (« comment pouvons-nous atteindre les résultats voulus en surmontant ces obstacles ? ») ;
- Inviter les membres de l'équipe à communiquer l'information au personnel concerné dans leurs organisations ou services ;
- Travailler avec les responsables des organisations pour déterminer, éliminer ou réduire considérablement les avantages obtenus par le maintien de la pratique indésirable.

Outils et méthodes

- ACQUIRE Project. « Integrating Best Practices for Performance Improvement, Quality Improvement, and Participatory Learning and Action to Improve Health Services » http://www.acquireproject.org/fileadmin/user.upload/ACQUIRE/Guidelines_PI_QI_PLA_06-1605.pdf (Non disponible en français) ;
- IntraHealth. « Performance Improvement Stage 6: Find Root Causes » <http://www.intrahealth.org/sst/stage6.html> (Non disponible en français) ;
- Management Sciences for Health. « Guider les équipes à faire face aux défis » Chapitre 2 dans *Transformer les managers en leaders : guide pour l'amélioration des services de santé*. Boston : Management Sciences for Health, 2005 <http://erc.msh.org/leadernet/page.cfm?cI=235&nav=163&lang=en> ;

- Management Sciences for Health. http://erc.msh.org/TheManager/French/VI3_N3_Fr_Issue.pdf « Phase I- Reconnaître un défi » dans « Prendre l'initiative des changements de pratiques pour améliorer la santé » Le Management (Boston) vol. 13, no. 3 (2004). http://erc.msh.org/leadernet/assets/files/May_Workshop_-_Manager_-_Leading_Changes_French.pdf ;
- Management Sciences for Health. « Utiliser le modèle du défi » dans *Transformer les managers en leaders : guide pour l'amélioration des services de santé*, 204-206. Boston : Management Sciences for Health, 2005 <http://erc.msh.org/leadernet/page.cfm?cl=235&nav=163&lang=en>.

Étape 2. Identifier et s'accorder sur le changement souhaitable, les buts, les résultats escomptés et les obstacles éventuels (Pourquoi voulons-nous faire ce changement ? Quelles en seront les avantages pour les services ? Où peuvent se situer les difficultés pour y parvenir ?)

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

Il existe un objectif clair et logique auquel tous peuvent adhérer

- S'il est introduit efficacement, le changement aura des résultats importants sur le rendement de l'organisation ;
- Les membres de l'équipe de coordination partagent des valeurs et des convictions conformes à l'objectif du changement ;
- Les membres de l'équipe de coordination devront relever des défis importants et difficiles pour que le changement se produise.

But de l'étape

- Donner un objectif commun à tous les membres de l'équipe ;
- Admettre que les changements significatifs sont rarement faciles.

Défis

- Permettre aux personnes venant de différentes organisations et programme de s'accorder sur un ou plusieurs changements qu'ils vont entreprendre ensemble ;
- Susciter pendant tout le processus la conviction et l'enthousiasme des membres de l'équipe et des autres parties prenantes pour le changement qui a été décidé.

Causes sous-jacentes des défis

- Les différences culturelles, politiques ou professionnelles entre les membres de l'équipe de coordination peuvent conduire à des divergences sur la meilleure manière de changer la ou les pratiques négatives ;
- Les gens sont las des efforts de changement qui ont échoué et sont sceptiques sur la possibilité de réaliser un changement significatif.

Stratégies pour faire face aux défis

- Souligner qu'il n'y a pas un seul changement « juste » ;
- Exprimer ouvertement et valoriser les différents points de vue sur le changement souhaité ;

- Trouver une ou plusieurs pratiques modifiées pour lesquelles tous les participants s'accordent à penser qu'elles vont apporter un réel changement dans leur organisation ou leur programme ;
- Montrer clairement à quoi le succès doit ressembler et comment chacun saura qu'il a été atteint ;
- Utiliser des exemples de succès pour contrer le scepticisme et induire le sentiment qu'il est possible de surmonter les difficultés et d'instaurer le changement.

Outils et approches

- EngenderHealth COPE, Client-Oriented and Provider Efficient : processus pour améliorer la qualité des services de santé. New York: EngenderHealth, 2003. Les sections relatives à l'autoévaluation vous aideront à atteindre cette étape ;
 - Guide : http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/handbook/COPE_Handbook_French.pdf ;
 - Recueil d'outils auxiliaire du guide : http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/toolbook/COPE_RH_Toolbook_French.pdf ;
- Pretty, Jules N. et coll. « Participatory Learning and Action » in Participatory Learning and Action: A Trainer's Guide. London : International Institute for Environment and Development, 1995 (Non disponible en français) ;
- Population Information Program, « Performance Improvement Approach », Population Reports vol. 30, no. 2, 2002 <http://www.infoforhealth.org/pr/j52edsum.shtml> (Non disponible en français).

PHASE II : PLANIFIER UNE EXPÉRIENCE PILOTE PUIS SON EXTENSION

Au cours de cette phase, l'équipe de coordination s'adjoit activement les services de l'agent du changement, si elle ne l'a pas fait dans la phase précédente. Ensemble, ils analyseront les pratiques qui ont été confrontées au même type de défi dans un contexte similaire, en s'intéressant tout d'abord aux lieux les plus proches, puis en étendant, si nécessaire, les recherches à d'autres pays ou régions. Ensemble, ils choisissent la pratique correspondant le mieux aux critères, apportent les modifications nécessaires pour relever le défi spécifique et planifient les détails de l'expérience pilote sur un ou plusieurs sites, sans oublier les indicateurs du succès à suivre tout au long de l'expérience et à évaluer à son terme. Dès ce moment-là, l'équipe de coordination et l'agent du changement commencent à planifier le passage à grande échelle de la pratique. En cas de succès dans les sites pilotes, ils seront prêts pour une extension rapide mais, en cas d'échec, les pertes auront été limitées.

Étape I. Choisir un agent sérieux du changement (si personne n'a encore été désigné) et une équipe

- S'accorder sur les critères de sélection d'un agent du changement ;
- Rechercher les individus répondant à ces critères ;
- Indiquer clairement aux candidats les détails du changement et préciser les attentes pour ce poste ;
- Choisir un agent du changement ayant la volonté et la capacité de répondre à ces attentes ;
- Offrir la formation, les conseils et l'encadrement nécessaires pour que l'agent du changement puisse accomplir sa tâche ;

- Constituer, avec l'aide de l'agent du changement, une équipe dont les membres se partageront la responsabilité pour que le changement souhaité puisse effectivement se produire.

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- Le programme régional ou national dispose d'une ou de plusieurs personnes répondant aux critères et souhaitant relever le défi de conduire le changement ;
- La direction du programme veut confier à une personne la responsabilité du processus et déléguer une part du pouvoir de décision ;
- D'autres personnes motivées et compétentes peuvent intégrer une équipe pour collaborer avec l'agent du changement et le soutenir dans son travail.

But de l'étape

- Confier la responsabilité du processus à une personne ;
- Confier la tâche à une personne connue par ses collègues et leur inspirant confiance ;
- Susciter l'adhésion de ceux qui devront vivre avec le changement ;
- Donner au responsable une équipe de soutien et d'assistance ;
- Insuffler l'énergie pour amorcer les changements et la motivation pour les inscrire dans la durée.

Défis

- Sélectionner un agent du changement :
 - qui réponde aux critères et accepte la mission avec détermination et enthousiasme
 - qui ait le soutien sans réserve de sa hiérarchie et la confiance de ses collègues
 - qui n'ait pas de priorités personnelles incompatibles
 - qui ait reçu le temps et les ressources nécessaires pour pouvoir assumer ces nouvelles responsabilités en plus de celles qu'il ou elle a déjà
 - qui ait le courage de prendre des risques
- Constituer une équipe dont les membres :
 - ont les compétences nécessaires pour mener à bien le changement
 - reconnaissent les bénéfices que le changement apportera au programme national ou régional
 - sont enthousiastes à la perspective de travailler avec l'agent du changement
 - ont reçu le temps et les ressources nécessaires pour assumer ces nouvelles responsabilités en plus de celles qu'ils ont déjà

Causes sous-jacentes des défis

- Il arrive que certains agents, potentiellement excellents sur le papier, ne répondent pas à tous les critères ;
- Les personnes ayant les caractéristiques nécessaires pour devenir un agent du changement ou un membre de l'équipe ont souvent d'autres responsabilités qui sont incompatibles ;

- En se chargeant d'un changement controversé, il arrive que l'agent mette en péril son poste ou sa réputation aux yeux de ses collègues ou de l'ensemble de sa communauté.

Stratégies pour faire face aux défis

- Formation, entraînement et conseils prodigués à un agent du changement apte et motivé pour acquérir les compétences qui lui manquent ;
- Complémentarité des compétences dans l'équipe pour soutenir efficacement l'agent du changement dans son action ;
- Appui de la hiérarchie pour libérer l'agent du changement et les membres de son équipe de certaines de leurs responsabilités ;
- Soutien énergique et continu à l'agent du changement de la part des cadres supérieurs, des collègues et des membres de la communauté.

Outils et approches

- Management Sciences for Health. « Coordonner des programmes sanitaires complexes », *Le Management* (Boston) vol. 12, no. 4 (2003) http://erc.msh.org/TheManager/French/VI3_N3_Fr_Issue.pdf ;
- Management Sciences for Health. « Avoir un agent de changement dévoué qui montre l'exemple » dans *Prendre l'initiative des changements de pratiques pour améliorer la santé. Le Management* (Boston) vol. 13, no. 3 (2004) http://erc.msh.org/TheManager/French/VI3_N3_Fr_Issue.pdf.

Étape 2. Avec l'aide de l'agent du changement, déterminer et analyser les pratiques pertinentes et efficaces dans d'autres lieux

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- Il existe des pratiques que d'autres organisations ou programmes ont déjà utilisées avec succès pour effectuer des changements comparables ;
- L'équipe de coordination a accès aux informations sur ces pratiques.

But de l'étape

- Confirmer que le changement proposé est possible ;
- Éviter de « réinventer la roue » ;
- Réduire les risques de gaspiller de l'énergie, de la bonne volonté et des ressources dans des mesures qui ont peu de chances de fonctionner.

Défis

- Connaître les pratiques potentiellement applicables dans une situation donnée et y avoir accès ;
- Déterminer objectivement les pratiques dont l'efficacité est avérée dans des situations comparables.

Causes sous-jacentes des défis

- L'organisation ou le programme a peu l'occasion d'entrer en communication avec d'autres programmes ayant pu avoir des expériences intéressantes ou de lire des informations à ce sujet ;
- Les affirmations peuvent dépasser la réalité en ce qui concerne l'efficacité des pratiques.

Stratégies pour faire face aux défis

- Fixer les critères pour juger de l'efficacité d'une pratique ;
- Rechercher systématiquement les pratiques répondant à ces critères et susceptibles de s'appliquer aux besoins concrets du programme régional ou national.

Outils et approches

- Advance Africa. *Best Practices Compendium* <http://www.advanceafrica.org/compendium> (Non disponible en français) ;
- INFO Project. « A Tool for Sharing Internal Best Practices » <http://www.infoforhealth.org/practices/InternalBPs/index.shtml> (Non disponible en français) ;
- INFO Project. « Best Practice Signpost » <http://www.infoforhealth.org/practices.shtml> (Non disponible en français) ;
- The Cochrane Collaboration. « Informed Health Online » <http://www.informedhealthonline.org> (Non disponible en français) ;
- Management Sciences for Health. *La boîte à outils du manager de santé*. <http://erc.msh.org/toolkit/index.cfm?lang=2>. Il s'agit d'un recueil électronique d'outils conçus pour assister le professionnel de santé à tous les niveaux d'une organisation dans ses efforts pour assurer des services de santé de qualité et durables ;
- Organisation mondiale de la santé. « Santé et recherche génésiques » <http://www.who.int/reproductive-health/fr/index.htm>. Ce site internet contient de l'information sur des sujets et des problèmes interdisciplinaires de santé sexuelle et de santé de la reproduction.

Étape 3. Choisir et adapter une pratique efficace qui convienne au contexte de prestation des soins et au changement nécessaire

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- Il y a des preuves convaincantes qu'une ou plusieurs pratiques seront les plus efficaces pour atteindre l'objectif choisi ;
- L'équipe de coordination et l'agent du changement ont la capacité et les outils nécessaires pour adapter la ou les pratiques sur le terrain.

But de l'étape

- Permettre à l'équipe de coordination, à l'agent et à l'équipe du changement de concentrer leur énergie et leurs ressources sur une pratique ou un ensemble de pratiques prometteuses.

Défis

- Choisir la pratique la plus adaptée parmi toutes celles qui sont envisagées ;
- Soutenir ce choix auprès des décideurs du pays ou de la région.

Cause sous-jacente des défis

- Les principaux décideurs sont parfois sceptiques quand il s'agit d'adopter une nouvelle pratique qui leur est inconnue et de lui donner leur appui.

Stratégie pour faire face aux défis

- Informer les décideurs du résultat des recherches et justifier à leurs yeux l'adoption de la nouvelle pratique choisie.

Outils et approches

- Management Sciences for Health. « Phase 2 – Identifier des pratiques prometteuses » et « Phase 3 – Adapter et tester une pratique ou un ensemble de pratiques prometteuses » dans « Prendre l'initiative des changements de pratiques pour améliorer la santé », *Le Management* (Boston) vol. 13, no. 3 (2004) http://erc.msh.org/TheManager/French/V13_N3_Fr_Issue.pdf ;
- INFO Project. « Best Practice Signpost » <http://www.infoforhealth.org/practices.shtml> (Non disponible en français) ;
- ACQUIRE Project. « Integrating Best Practices for Performance Improvement, Quality Improvement, and Participatory Learning and Action to Improve Health Services » http://www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/Guidelines_pi_qi_pla_06-16-05.pdf (Non disponible en français) ;

Étape 4. Avec l'agent et l'équipe, préparer un projet de mise en œuvre et de suivi du changement souhaité dans des sites témoins

- Élaborer des indicateurs pour suivre les progrès et finalement évaluer le succès de la pratique ou d'une série de pratiques modifiées ;
- Préciser les rôles et responsabilités de l'équipe de coordination, de l'agent et de l'équipe du changement ;
- Déterminer les outils qui ont une utilité avérée dans la mise en place de changements comparables ;
- Déterminer et planifier les liens avec d'autres secteurs, systèmes et programmes ;
- Inclure les activités nécessaires pour pérenniser le changement.

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- Les sites pilotes sont suffisamment petits pour tester les nouvelles pratiques rapidement et sans trop de dépenses, tout en restant représentatifs des différences géographiques et culturelles de la région ou du pays ;
- Les membres de l'équipe de coordination proposent divers types de soutien :
 - soutien technique pour encadrer la mise en place

- soutien financier, le cas échéant
- soutien de motivation avec des avantages, la reconnaissance et des récompenses en cas de succès de la mise en œuvre
- L'agent comme l'équipe du changement s'impliquent entièrement dans chaque étape du processus de planification.

But de l'étape

- Donner à l'agent du changement les lignes directrices pour conduire le processus ;
- Permettre à l'agent, à l'équipe du changement et à l'équipe de coordination de voir s'ils sont sur la bonne voie et, dans le cas contraire, procéder aux ajustements nécessaires ;
- Renseigner chaque participant sur ce qu'il doit faire et le responsabiliser tout au long du processus ;
- Rendre possible la détermination et la démonstration du succès ;
- Permettre à tous les participants de commencer à réfléchir sur la pérennisation du changement.

Défis

- Veiller à ce que les membres de l'équipe de coordination acceptent leur obligation de traiter prioritairement ce travail dans leurs activités quotidiennes ;
- Donner la preuve convaincante des pratiques qui fonctionnent le mieux dans le contexte local ;
- Adapter le plan de mise en œuvre du changement aux programmes et engagements de l'organisation ;
- Allouer les ressources humaines et financières nécessaires à la mise en œuvre et à la pérennité du changement souhaité.

Causes sous-jacentes des défis

- Les membres de l'équipe de coordination n'ont pas tout à fait compris ni accepté leurs responsabilités tout au long du processus de changement ;
- Certaines pratiques locales intéressantes n'ont pas été suffisamment examinées et analysées ;
- La direction n'a pas complètement soutenu le changement et n'y a pas consacré toutes les ressources nécessaires pour le mettre en œuvre et le pérenniser.

Stratégies pour faire face aux défis

- Préciser, par écrit, les responsabilités et les obligations de l'équipe de coordination ;
- Aider ou remplacer, à tous les stades du processus, les membres qui ne peuvent pas assumer leurs responsabilités ;
- Confier à un membre ou plusieurs membres de l'équipe de coordination la tâche d'étudier toutes les pratiques locales susceptibles d'être utilisables ;
- Prendre en considération les besoins de pérennité tout au long du processus de planification.

Outils et approches

- Management Sciences for Health, « Prendre l'initiative des changements de pratiques pour améliorer la santé », Le Management (Boston) vol. 13, no. 3 (2004) http://erc.msh.org/TheManager/French/VI3_N3_Fr_Issue.pdf ;
- USAID, « Family Planning/HIV Integration: Technical Guidance for USAID-Supported Field Programs » <http://www.maqweb.org//maqtools/docs/fphiv.pdf> (Non disponible en français) ;
- MEASURE Evaluation and USAID, « M&E Fundamentals », Global Health eLearning Center www.globalhealthlearning.org (Non disponible en français).

Étape 5. En fonction du plan de mise en œuvre, faire les choix stratégiques qui s'imposent pour porter à grande échelle le changement qui a réussi

- Déterminer, en cas de succès, si le changement peut être étendu à d'autres sites. S'il en est ainsi, étudier :
 - le type d'extension, au sein ou en dehors de l'organisation
 - les questions qui pourraient demander un plaidoyer
 - les obstacles à surmonter
 - les personnes à intégrer
 - les stratégies de diffusion
- Élaborer les indicateurs pour évaluer le succès du passage à grande échelle et les intégrer au plan de mise en œuvre.

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- Il y a des indications convaincantes que la pratique ou la série des pratiques modifiées ont de bonnes chances de succès dans la situation en question ;
- Les membres du comité de coordination anticipent le passage à grande échelle avant même que le changement n'ait été totalement mis en œuvre ;
- La direction du programme régional ou national a statué sur le passage à grande échelle du changement ;
- Les partenaires potentiels pour le passage à grande échelle d'une pratique ont déjà été identifiés et acceptent de participer dès le lancement.

But de l'étape

- Permettre à tous les intervenants de réfléchir rapidement au passage à grande échelle des pratiques modifiées susceptibles de réussir ;
- Permettre à l'équipe de coordination :
 - de prévoir et de préparer le terrain pour les difficultés du passage à grande échelle (voir Phase IV)
 - de déterminer les ressources nécessaires et de planifier leur acquisition
- Aider à motiver tous les intervenants pour le succès du changement.

Défis

- Inciter les partenaires à anticiper pour entreprendre le passage à grande échelle tôt dans le processus de changement ;
- Trouver les ressources nécessaires pour le passage à grande échelle.

Causes sous-jacentes des défis

- Il arrive que les preuves du succès n'apparaissent que tardivement dans le processus ;
- Le changement est vu comme un projet pilote et les besoins pour son extension n'ont pas été étudiés soigneusement ;
- Il existe de réelles difficultés financières.

Stratégies pour faire face aux défis

- Élaborer et exécuter un plan de suivi avec des indicateurs et des échéances intermédiaires pour confirmer que le changement progresse comme prévu ;
- Documenter le processus en mettant en valeur :
 - la réalisation des échéances intermédiaires,
 - la conformité au programme et au budget,
 - les obstacles imprévus et la façon dont l'agent du changement et son équipe y ont fait face ;
- Évaluer les avantages du changement ;
- Communiquer la documentation sur le processus et ses avantages aux parties prenantes pour les engager à trouver des ressources pour le passage à grande échelle.

Outils et approches

- Management Sciences for Health. « Phase 5 – Appliquer la pratique couronnée de succès à grande échelle » dans « Prendre l'initiative des changements de pratiques pour améliorer la santé », *Le Management* (Boston) vol. 13, no. 3 (2004). http://erc.msh.org/TheManager/French/V13_N3_Fr_Issue.pdf ;
- Management Sciences for Health. « Guider les équipes à faire face aux défis » Chapitre 2 dans *Transformer les managers en leaders : guide pour l'amélioration des services de santé*, Boston : Management Sciences for Health, 2005 <http://erc.msh.org/leadernet/page.cfm?cI=235&nav=163&lang=en> ;
- Cooley, Lawrence and Richard Kohl. *Scaling Up: From Initial Vision to Large-Scale Change: A Management Framework*. Washington, DC: Management Systems International, 2005 <http://www.msiworldwide.com/documents/ScalingUp.pdf> (Non disponible en français) ;
- Advance Africa. *Scaling Up* http://www.advanceafrica.org/tools_and_approaches/Scaling_Up/index.html. (Non disponible en français) ;
- Simmons, Ruth, Peter Fajans, and Laura Ghiron. *Scaling-Up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes*. ExpandNet. <http://www.expandnet.net/volume.htm>. (Non disponible en français) ;
- ExpandNet and World Health Organization. *Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations*. <http://www.expandnet.net/volume.htm>. (Non disponible en français) ;

PHASE III : SOUTENIR L'EXPÉRIENCE PILOTE

L'équipe de coordination joue un rôle primordial au cours de cette phase : elle aide à maintenir la dynamique, la concentration et la cohérence du processus sur les sites pilotes, tout en supervisant l'évaluation continue et les ajustements éventuels. Tout ce qui est accompli et appris au cours de cette phase a une grande influence sur les décisions pour le passage à grande échelle.

Étape I. Aider à créer et à maintenir un cadre propice en soutenant l'agent et l'équipe du changement, ainsi que le reste du personnel, tout au long du processus sur les sites témoins

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- L'équipe de coordination a la mission et la capacité de suivre attentivement le processus de changement et de communiquer les résultats de ses observations ;
- Il est normal que les réactions du personnel au changement potentiel soient diverses ;
- Pour que le changement ait lieu, il faut du temps, ainsi qu'un effort soutenu et constant ;
- Des mécanismes ont été instaurés pour motiver le personnel, et reconnaître et récompenser les efforts de ceux qui changent leurs habitudes de travail.

But de l'étape

- Susciter une attitude positive dans toute l'organisation ;
- Motiver et encourager l'agent et l'équipe du changement quand ils sont confrontés à des obstacles et éprouvent de la frustration ;
- Instaurer les bases de la pérennisation et du passage à grande échelle.

Défis

- Favoriser la communication entre tous les services et les niveaux de l'organisation ;
- Préserver l'engagement dans la durée, malgré les revers et les frustrations ;
- Combattre les résistances de la part de diverses personnes et pour des raisons très variées.

Causes sous-jacentes des défis

- Il arrive que, dans ce type d'effort, différentes parties de l'organisation doivent se rassembler alors qu'elles n'ont pas l'habitude de travailler ensemble ;
- Quel que soit le changement, il est inévitablement mal vécu par un certain nombre de personnes dans l'organisation ;
- Pour les plus impatients de voir des résultats, le rythme du changement peut être trop lent ;
- Il est normal que les membres du personnel passent par les phases de refus, de résistance, d'étude et d'acceptation du changement à des moments différents.

Stratégies pour faire face aux défis

- Au début puis à intervalles réguliers tout au long du processus, travailler avec l'agent du changement pour :
 - décrire en détail le processus, signaler ce qui est arrivé jusque-là et ce qui doit se produire ensuite,
 - préciser comment le changement va améliorer le travail dans chaque service de l'organisation,
 - spécifier les rôles de chaque service de l'organisation pour réussir le changement ;
- Aider l'agent du changement à créer des groupes de travail transversaux au sein de l'organisation qui seront chargés de mener des activités spécifiques dans le cadre du processus ;
- Concentrer les efforts sur les personnes crédibles, reconnaissant l'intérêt du changement pour améliorer les services, tout en restant patient vis-à-vis de ceux qui résistent ou mettent plus de temps à accepter le changement ;
- Aider l'agent du changement à accepter que la diversité des réactions au changement est normale et à s'occuper des besoins de chacun à chaque étape : refus, résistance, exploration et acceptation.

Outils et approches

- Management Sciences for Health. « Aborder les réactions des gens au changement d'une pratique » dans « Prendre l'initiative des changements de pratiques pour améliorer la santé », *Le Management* (Boston) vol. 13, no. 3 (2004), http://erc.msh.org/TheManager/French/V13_N3_Fr_Issue.pdf ;
- Management Sciences for Health. « Évaluation du climat au sein du groupe de travail », <http://erc.msh.org/leadernet/page.cfm?cl=235&nav=163&lang=en> ;
- Sirkin, Harold L., Perry Keenan et Alan Jackson. « DICE Assessment Tool » in « The Hard Side of Change Management » *Harvard Business Review* 83 (octobre 2005) 108-118. Cet article présente des choix clairs lors de la prise de décisions vis-à-vis des chances de réussite des efforts de changement et du soutien nécessaire (Non disponible en français) ;
- Kotter, John. *Leading Change*. Boston : Harvard Business School Press, 1996 (Non disponible en français).

Étape 2. Utiliser le plan et les indicateurs pour évaluer, surveiller et modifier en permanence l'effort de changement

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- Des indicateurs ont été soigneusement choisis pour mesurer les aspects essentiels du processus de changement ;
- Certains membres de l'équipe de coordination ainsi que l'agent du changement ont accepté la responsabilité :
 - de suivre les résultats des membres du personnel par rapport à leurs tâches dans le plan de changement,
 - de donner aux membres du personnel un feedback sur leur performance.

But de l'étape

- Soutenir la dynamique du changement :
 - en encourageant la sincérité du feedback
 - en faisant apparaître à tous les intervenants les facteurs déterminants du succès
 - en permettant à l'agent et à l'équipe du changement de repérer et de combattre les résistances et autres obstacles au changement
- Soutenir les affinements nécessaires pour le passage à grande échelle.

Défis

- Prendre le temps d'une évaluation approfondie et objective ;
- Donner un feedback honnête quand la performance n'est pas à la hauteur.

Causes sous-jacentes des défis

- Les membres de l'équipe de coordination et l'agent du changement peuvent :
 - ne pas connaître l'utilisation des indicateurs pour l'évaluation objective des résultats
 - se sentir mal à l'aise ou mal préparés pour faire un feedback qu'ils considèrent négatif

Stratégies pour faire face aux défis

- Trouver ou élaborer des directives pour un feedback efficace ;
- Organiser une brève séance de formation pour étudier ces directives et s'entraîner à les utiliser ;
- Reconnaître les difficultés que le personnel peut rencontrer et se préparer à donner des indications pratiques pour qu'il s'améliore ;
- Présenter une approche et une méthodologie pour évaluer les résultats.

Outils et approches

- Wolff, James A., Linda J Suttentfield et Susanna C. Binzen, eds. *Le Guide des responsables des programmes de planification familiale : aptitudes et outils essentiels pour la conduite des programmes de planification familiale*. W. Hartford, CT : Kumarian Press, 1991, <http://erc.msh.org/readroom/francais/handbook.htm> ;
- Management Sciences for Health. "Faire prévue de leadership pour assurer le succès de la décentralisation." *Le Management* (Boston) vol. 11, no. 1 (1997), http://erc.msh.org/TheManager/French/V11_N1_Fr_Issue.pdf ;
- MEASURE Evaluation and USAID. « M&E Fundamentals » Global Health eLearning Center, 2006, www.globalhealthlearning.org (Non disponible en français) ;
- Population Reference Bureau. « Guidelines for Effective Data Presentations », http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/Data_Presentations/Guidelines_for_Effective_Data_Presentations.htm (Non disponible en français).

PHASE IV : PORTER À GRANDE ÉCHELLE LES CHANGEMENTS QUI ONT ÉTÉ RÉUSSIS

La phase du passage à grande échelle implique de nouvelles responsabilités pour l'équipe de coordination et peut nécessiter d'intégrer de nouveaux membres représentant les nouveaux sites et parties prenantes. L'équipe présente les résultats de l'expérience pilote à un public nombreux et travaille avec les décideurs pour sélectionner, mettre en œuvre et évaluer la meilleure stratégie d'exécution. Quand elle est influente, l'équipe de coordination peut largement contribuer à pérenniser le processus en aidant les gouvernements à intégrer les nouvelles pratiques dans les politiques, systèmes et programmes. Enfin, l'équipe surveille la mesure méticuleuse et honnête ainsi que la large diffusion des résultats intermédiaires et définitifs du passage à grande échelle de la pratique ou une série de pratiques.

Étape 1. Évaluer, consolider et diffuser les leçons tirées de l'expérience pilote et décider du passage à grande échelle ou pas de la nouvelle pratique ou série de pratiques

Hypothèses de base, besoins et conditions préalables

- L'évaluation a été conçue pour montrer clairement l'ampleur du succès ou de l'échec des efforts de changement¹¹.

But de l'étape

- Fournir l'information nécessaire à la prise de décision de procéder ou non au passage à grande échelle.

Défis

- Évaluer systématiquement, honnêtement et objectivement les résultats de l'effort de changement de manière à dresser des plans de passage à grande échelle réalistes.

Cause sous-jacente des défis

- Les membres de l'équipe de coordination et les agents du changement qui ont investi du temps, de l'énergie et leur réputation professionnelle peuvent être tentés d'exagérer les résultats positifs et d'occulter les aspects moins réussis.

Stratégie pour faire face aux défis

- Reconnaître qu'en ignorant les facteurs négatifs, les plans de passage à grande échelle deviennent irréalistes et le risque d'échec augmente.

Il est évident qu'il y a des efforts qui vont échouer et ne sont pas candidats pour passer à l'échelle. Dans ce cas, l'équipe de coordination a pour rôle d'analyser objectivement les raisons de l'échec, de communiquer les conclusions décevantes aux parties prenantes, même si elle a le sentiment de mettre en jeu son jugement et sa réputation professionnelle. Quand elle est efficace, l'équipe peut inciter l'organisation à tirer les leçons de l'échec et à essayer de nouveau avec cette pratique ou une autre pratique ou ensemble de pratiques.

Outils et approches

- Organisation mondiale de la santé. *An Approach to Rapid Scale-Up: Using HIV/AIDS Treatment and Care as an Example*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2004, http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/rapid_scale_up.pdf (Non disponible en français) ;
- MEASURE Evaluation. « Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programs », <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-06.html> (Non disponible en français) ;
- Management Sciences for Health. *M&E Guide to Leadership Development Programs*. Boston : Management Sciences for Health, 2007 (Non disponible en français) ;
- Management Sciences for Health. « Utiliser l'évaluation comme outil de gestion », *Le Management* (Boston) vol. 6, no. 1 (1997), http://erc.msh.org/TheManager/French/V6_N1_Fr_Issue.pdf ;
- Management Sciences for Health. « Phase 5 – Appliquer la pratique couronnée de succès à grande échelle » dans « Prendre l'initiative des changements de pratiques pour améliorer la santé », *Le Management* (Boston) vol. 13, no. 3 (2004) http://erc.msh.org/TheManager/French/V13_N3_Fr_Issue.pdf ;
- Simmons, Ruth, Peter Fajans, et Laura Ghiron. *Scaling-Up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes*. ExpandNet, <http://www.expandnet.net/volume.htm> (Non disponible en français) ;
- ExpandNet and World Health Organization. *Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations*, <http://www.expandnet.net/volume.htm>, (Non disponible en français) ;
- ExpandNet et Organisation mondiale de la Santé. Neuf étapes pour élaborer une stratégie du passage à grande échelle. Novembre 2007.

Étape 2. En cas de succès de l'expérience pilote, choisir la stratégie de passage à grande échelle la mieux adaptée au programme régional ou national. Envisager les exigences, les risques et les avantages :

- d'une extension quantitative : implanter la nouvelle pratique ou l'ensemble de pratiques dans d'autres zones géographiques ;
- d'une extension fonctionnelle : élargir l'éventail des activités ;
- d'une extension politique : instaurer des relations avec les responsables du secteur public pour créer un environnement propice et les appeler à intégrer les changements dans les politiques et les législations concernées.

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- L'équipe de coordination a toute les informations nécessaires pour déterminer la probabilité d'institutionnaliser le changement dans les politiques et programmes du secteur public ;
- Les plans de passage à grande échelle font partie intégrante du processus depuis le début.

But de l'étape

- Optimiser le potentiel de réussite en adaptant le genre de passage à grande échelle à l'environnement.

Défis

- Comprendre les exigences, les risques et les compromis en fonction des types de passage à grande échelle (par exemple, la rapidité et facilité relative d'une extension quantitative et organisationnelle contre le soutien durable d'une extension fonctionnelle ou politique plus complexe, plus risquée et plus exigeante en ressources).

Causes sous-jacentes des défis

- Il y a une tendance à choisir les stratégies d'extension donnant les résultats les plus immédiats et visibles, tout en exigeant peu de nouvelles ressources et d'aptitudes.

Stratégies pour faire face aux défis

- Bien connaître et évaluer les exigences, les risques, les avantages et les inconvénients de chaque type d'extension avant de retenir la stratégie qui a les meilleures chances de réussite ;
- Examiner les modèles d'extension testés dans des situations variées pour trouver les stratégies qui correspondent le mieux à l'environnement où elle devra s'appliquer.

Outils et approches

- Advance Africa « Scaling Up », http://www.advanceafrica.org/tools_and_approaches/Scaling_Up/index.html (Non disponible en français) ;
- Cooley, Lawrence et Richard Kohl. *Scaling Up: From Initial Vision to Large-Scale Change: A Management Framework*. Washington, DC : Management Systems International, 2005. <http://www.msi-worldwide.com/documents/ScalingUp.pdf> (Non disponible en français) ;
- Simmons, Ruth, Peter Fajans et Laura Ghiron. *Scaling-Up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes*. ExpandNet <http://www.expandnet.net/volume.htm> (Non disponible en français) ;
- ExpandNet et Organisation mondiale de la Santé. *Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations*, <http://www.expandnet.net/volume.htm> (Non disponible en français) ;

Étape 3. Obtenir l'engagement d'un large groupe de parties prenantes, ainsi que les ressources pour appuyer la stratégie de passage à grande échelle retenue

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- L'équipe de coordination a bien compris les éléments essentiels de la diffusion de l'information aux diverses parties prenantes :
 - les processus d'élaboration des politiques institutionnelles et de la prise de décisions
 - les voies de communication disponibles
 - le besoin de formuler les messages différemment en fonction de la communication entre personnes ou pour une diffusion à un vaste public
- Les voies et les compétences existent pour communiquer et échanger les informations avec toutes les parties prenantes ;

- Les besoins en ressources ont été analysés et l'équipe de coordination est prête à plaider sa cause pour les obtenir.

But de l'étape

- Permettre à l'équipe de coordination de plaider efficacement le passage à grande échelle auprès des organisations et intervenants qui ne sont pas encore impliqués ;
- Veiller à la faisabilité financière du passage à grande échelle pour augmenter les chances de succès.

Défis

- Préparer des messages convaincants pour le public destiné à soutenir la nouvelle pratique ou une série de pratiques ;
- Pour chaque public, connaître et utiliser les moyens de communication les plus efficaces ;
- Faire une estimation précise des ressources nécessaires à une initiative pour laquelle, dans la situation existante, il n'y a pas de précédents.

Causes sous-jacentes des défis

- Il arrive que certaines parties prenantes ne soient pas d'accord sur la possibilité d'élargir le cadre d'application d'une nouvelle pratique ou une série de pratiques ;
- Parfois, aucun membre de l'équipe de coordination n'a les compétences nécessaires pour élaborer des stratégies de communication efficaces ;
- Il arrive que l'équipe de coordination n'ait pas à sa disposition toutes les informations requises pour une estimation précise des ressources nécessaires.

Stratégies pour faire face aux défis

- Tester l'efficacité des stratégies de communication à petite échelle avant de lancer la campagne de diffusion dans toute son intégralité ;
- Faire une revue documentaire et avoir des entretiens avec les personnes qui ont procédé au passage à grande échelle de pratiques comparables ;
- Informer clairement les parties prenantes de tous les éléments inhérents au passage à grande échelle :
 - adapter et redimensionner la pratique aux nouveaux sites
 - trouver et entraîner de nouveaux agents du changement
 - établir des partenariats institutionnels ou gouvernementaux
 - introduire les nouveaux systèmes et outils de gestion
 - se charger de la publicité et des autres stratégies de communication

Outils et approches

- IntraHealth. « Performance Improvement Stage 2: Obtain and Maintain Stakeholder Agreement », <http://www.intrahealth.org/sst/stage2.html> (Non disponible en français) ;
- Cooley, Lawrence et Richard Kohl. Scaling Up: From Initial Vision to Large-Scale Change: A Management Framework. Washington, DC: Management Systems International, 2005, <http://www.msiworldwide.com/documents/ScalingUp.pdf> (Non disponible en français) ;

Étape 4. Mettre en œuvre la stratégie de passage à grande échelle en intégrant la nouvelle pratique ou une série de pratiques dans les politiques, systèmes, programmes, plans, budgets existants, ainsi que les performances escomptées

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- Le travail préparatoire pour le passage à grande échelle est terminé et les ressources requises sont disponibles ;
- Les agents du changement sont en place sur tous les sites, avec les mêmes qualités que le premier agent à l'origine.

But de l'étape

- Intégrer la nouvelle pratique ou série de pratiques et générer ainsi une amélioration durable.

Défis

- Introduire et institutionnaliser la nouvelle pratique ou série de pratiques sur de nouveaux sites inconnus ;
- Entretenir la dynamique et l'enthousiasme de l'équipe de coordination, des agents et des équipes du changement ;
- Préserver les caractéristiques essentielles de la nouvelle pratique pendant la phase d'expansion et d'extension.

Causes sous-jacentes des défis

- Le temps, la persévérance et l'énergie requis pour accomplir un ensemble complexe d'activités multiformes peuvent être des sources de frustration pour les exécutants ;
- Au fur et à mesure de leur mise à grande échelle, les nouvelles pratiques peuvent s'affaiblir et perdre de leur impact ;
- Parfois, il n'y a pas immédiatement des agents du changement qualifiés et acceptant cette tâche ;
- Nous supposons parfois que le passage à grande échelle d'un changement pilote réussira de soi, sans que nous ayons besoin de lui accorder davantage d'attention ou de soutien.

Stratégies pour faire face aux défis

- Reconnaître et renforcer les nouvelles pratiques, tout en décourageant les vieilles habitudes ;
- Rechercher intensivement les nouveaux agents du changement ;
- Garder systématiquement les mesures d'incitation, la reconnaissance publique et les récompenses pour les agents du changement et leurs équipes ;
- Planifier avec soin chaque étape du passage à grande échelle et suivre les progrès, de manière à anticiper et à gérer les problèmes avant qu'ils ne se transforment en situations de crise ;
- Établir les critères pour maintenir les caractéristiques essentielles d'une pratique, ou d'un ensemble de pratiques et s'y tenir.

Outils et approches

- Cooley, Lawrence et Richard Kohl. *Scaling Up: From Initial Vision to Large-Scale Change: A Management Framework*. Washington, DC : Management Systems International, 2005, <http://www.msi-worldwide.com/documents/ScalingUp.pdf> (Non disponible en français) ;
- Management Sciences for Health. « Phase 5 – Appliquer la pratique couronnée de succès à grande échelle » dans « Prendre l’initiative des changements de pratiques pour améliorer la santé », *Le Management* (Boston) vol. 13, no. 3 (2004), ;
- Management Sciences for Health. *Mainstreaming to Scale Up: Model and Guide*. Leadership Management and Sustainability Program, Program Notes, octobre 2006 (Non disponible en français) ;
- Simmons, Ruth, Peter Fajans et Laura Ghiron. *Scaling-Up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes*. ExpandNet, <http://www.expandnet.net/volume.htm> (Non disponible en français) ;
- ExpandNet et Organisation mondiale de la Santé. *Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations*, <http://www.expandnet.net/volume.htm> (Non disponible en français) ;

Étape 5. Évaluer et diffuser les résultats des pratiques portées à grande échelle

Hypothèses de base, besoins, conditions préalables

- La nouvelle pratique ou série de pratiques que l’on porte à grande échelle ont des résultats sanitaires, sociaux et financiers dont certains apparaissent déjà tout au long de la phase de mise en œuvre ;
- Il existe des indicateurs pertinents qui reprennent les normes nationales et internationales et sont déjà suivis dans le cadre de dispositifs comme les enquêtes démographiques et de santé ;
- L’équipe de coordination s’engage à communiquer précisément les résultats provisoires et définitifs aux décideurs et aux exécutants.

But de l’étape

- Faire connaître les avantages comme les insuffisances des pratiques modifiées ;
- Rendre possible l’adaptation des pratiques en cours de route pour remédier aux insuffisances et prévoir de futures récurrences.

Défis

- Obtenir en temps utile des informations démographiques, sanitaires, sociales et financières suffisamment fiables et opportuns pour justifier l’action ;
- Communiquer en continu les informations requises dès qu’elles sortent, sans tirer de conclusions hâtives.

Causes sous-jacentes des défis

- Les systèmes d'information existants ne sont peut-être pas adéquats ;
- Les indicateurs existants peuvent ne pas couvrir tous les résultats escomptés ;
- Il est parfois plus difficile de définir et de valider les indicateurs sociaux que ceux qui portent sur les données sanitaires, démographiques ou financières ;
- Il est souvent malaisé de communiquer des résultats négatifs.

Stratégies pour faire face aux défis

- Reconnaître les insuffisances des systèmes d'information pour la gestion, s'accorder sur le degré acceptable de précision et de ponctualité et remédier aux défaillances pouvant être rapidement corrigées ;
- Ajouter des indicateurs valables aux instruments standardisés de collecte des données ;
- Établir des sites de surveillance sentinelle entre les grandes enquêtes ;
- Se procurer des indicateurs auprès des ONG fournissant et évaluant des services sociaux ;
- Au début du passage à grande échelle, établir les principes d'honnêteté et de transparence pour les rapports et préparer un plan pour la communication des résultats négatifs éventuels.

Outils et approches

- Wolff, James A., Linda J. Suttentfield et Susanna C. Binzen, eds., « Le Guide des responsables des programmes de planification familiale : aptitudes et outils essentiels pour la conduite des programmes de planification familiale. W. Hartford, CT : Kumarian Press, 1991, <http://erc.msh.org/readroom/francais/handbook.htm>;
- MEASURE Evaluation. « Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programs », <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-06.html> (Non disponible en français) ;
- Population Reference Bureau. « Guidelines for Effective Data Presentations », http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/PRB/PRB_Library/Guidelines_for_Effective_Data_Presentations/Guidelines_for_Effective_Data_Presentations.htm (Non disponible en français) ;
- East-West Center. « Communication Strategy Worksheets », Summer Seminar. Honolulu : East-West Center, 2004, <http://www2.eastwestcenter.org/research/popcomm/> (Non disponible en français).

EXEMPLES A TITRE D'ILLUSTRATION

Nous allons montrer avec les exemples qui suivent comment les équipes de coordination ont appliqué les phases et les étapes pour procéder à des changements importants dans leurs pratiques de soins de santé.

Relancer l'offre et l'utilisation des DIU à Kisii au Kenya : l'expérience du Projet ACQUIRE

Une approche communautaire dans la prévention de l'hémorragie post-partum : l'expérience indonésienne

Le bon prestataire au bon endroit : extension des soins de premier niveau après l'avortement.

RELANCER L'OFFRE ET L'UTILISATION DES DIU À KISII AU KENYA : L'EXPÉRIENCE DU PROJET ACQUIRE

CONTEXTE

Au cours des vingt dernières années au Kenya, le stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU) a pratiquement disparu de la gamme des méthodes modernes de planification familiale utilisées bien qu'il soit sûr, efficace, bien accepté et peu cher. Tandis que le nombre de Kenyanes ayant recours à une méthode moderne de contraception a plus que triplé depuis 1984, la proportion de celles qui choisissent le DIU est passé de 31 % à 8 % entre 1984 et 2003. Le recours aux méthodes contraceptives a eu beau augmenté, les besoins non satisfaits ont suivi la même tendance en raison de l'accroissement du nombre des femmes en âge de procréer. La diminution des ressources provenant des bailleurs de fonds et la gamme des méthodes proposées, plus orientées vers des résultats à court terme (et plus coûteuses), ont encore aggravé la situation.

Préoccupés par cette tendance, le Ministère de la Santé (MS) du Kenya et ses partenaires ont entrepris, en 2001, une initiative pour relancer l'offre et l'utilisation des DIU dans le but de développer un choix équilibré et pérenne de méthodes contraceptives pouvant être proposées aux clients. Le MS a alors entrepris un certain nombre d'activités pour que toutes les parties intéressées (prestataires de soins, formateurs, responsables de programmes, associations professionnelles et agences de financement) prennent leurs responsabilités et parviennent à un consensus. Des études mondiales et locales sur les DIU ont été présentées et discutées, lors d'une série de réunions et de rencontres entre tous les partenaires concernés et, en 2002, le MS a mis sur pied un groupe spécial sur les DIU pour élaborer la stratégie de relance de cette méthode contraceptive¹²

Cette stratégie de relance a été officiellement lancée en février 2003 lors de la conférence annuelle de l'Association des sociétés de gynécologie et d'obstétrique d'Afrique orientale, centrale et australe (East, Central, and Southern African Association of Obstetrical and Gynaecological Societies – ECASOGS). Elle cherchait à associer les efforts en matière d'éducation et de plaidoyer au plan national aux services de proximité et au renforcement des capacités au niveau communautaire dans des établissements sanitaires pilotes couverts par le Projet AMKENI, dirigé par EngenderHealth, dans la Province de la Côte et la Province occidentale. La stratégie a été conçue pour lever tous les obstacles à l'accès et à l'emploi du DIU, qui avaient été repérés dans des études antérieures, en obtenant l'appui des décideurs et des responsables de programmes pour les services de DIU, en évaluant les connaissances des clients et des prestataires de soins, en formant ceux-ci, en renforçant la prestation des services, en dissipant les malentendus sur les DIU chez les clients comme les prestataires et en améliorant les infrastructures.

¹² Les membres du groupe spécial étaient les suivants : le projet AMKENI, United Kingdom Department for International Development (DFID), Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), GngH/MS, Family Planning Association of Kenya (FPAK), Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO), Division of Reproductive Health, Kenya MS, Conseil de population, PRIME/IntraHealth, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), Africa Population Advisory Committee, John Snow, Inc.'s DELIVER project, Family Health International, Organisation Maendeleo Ya Wanawake, Marie Stopes International et plusieurs organisations professionnelles du Kenya, y compris la Kenya Obstetrical and Gynaecological Society, Nursing Council of Kenya, Kenya Clinical Officers Association, National Nurses Association of Kenya, et Kenya Medical Association.

Le curriculum national de formation à la santé de la reproduction a été réactualisé et, pendant les deux années suivantes, utilisé pour former 171 prestataires de planification familiale à l'usage du DIU : conseil, pose et retrait. Avant d'être déployés, les membres des équipes décentralisées de formation et d'encadrement du MS récemment constituées ont également reçu une formation pour veiller à ce que les sites pilotes bénéficient de la formation, des produits et des fournitures requis pour proposer aux clients la gamme totale des méthodes contraceptives, dont le DIU. Grâce à cette action, le nombre de sites soutenus par AMKENI et capables d'offrir les DIU, était passé de 13 en 2001 à 68 en 2003. Une campagne nationale de sensibilisation auprès des décideurs, des responsables de programmes et des prestataires de soins a établi les bases de la relance du DIU, tandis qu'une campagne d'éducation pour accroître la demande en DIU a été menée dans les communautés par 500 agents bénévoles de la communication, tous membres du projet AMKENI, pour changer les comportements. De 2003 à 2005, le nombre des femmes demandant des DIU a doublé dans les sites soutenus par le projet AMKENI.

Suite à la conférence régionale de la Mise en œuvre des meilleures pratiques (IBP) en Ouganda, en juin 2004, le MS du Kenya et ses partenaires ont associé les activités pour la relance du DIU à un effort plus vaste de redynamisation de la planification familiale dans six districts. Deux activités supplémentaires d'extension ont été entreprises. Dans un premier temps, le MS et Marie Stopes/Kenya ont lancé un projet de franchisage social du DIU dans deux provinces. Puis, le département de santé de la reproduction du MS a désigné Kisii comme septième district pour élargir l'accès et l'utilisation du DIU. Il a demandé au projet ACQUIRE de l'aider dans ce district à établir des systèmes et services viables pour fournir le DIU. Nous allons décrire dans cette étude de cas, qui s'inscrit dans le cadre de l'effort national, comment ce processus s'est déroulé au niveau local à Kisii.

Bien qu'il n'existe pas de données sur la prévalence du DIU dans le district de Kisii, les résultats de l'enquête démographique et de santé de 2003 ont montré une fréquence d'utilisation dans la province de Nyanza (où se situe Kisii) de seulement un cinquième du taux national. Les besoins non satisfaits de planification familiale sont également plus élevés dans cette province que dans le reste du pays : c'est le cas pour environ une femme mariée sur trois en âge de procréer (35 %) dans cette province, contre une femme sur quatre (25 %) en moyenne pour l'ensemble du pays.

La réponse du projet ACQUIRE à cette demande d'assistance a été une approche intégrée, basée sur les principes programmatiques essentiels suivants :

- identification, adaptation et utilisation de pratiques prometteuses qui ont fait leur preuve ;
- application des principes de gestion du changement pour obtenir une amélioration durable du programme ;
- utilisation de données pour la prise de décisions (et en particulier de données générées localement) ;
- implication et participation des parties prenantes dans la programmation pour encourager leur adhésion et la viabilité du changement ;
- engagement aux principes fondamentaux des soins (prise de décision informée et volontaire, sécurité clinique, assurance et gestion de la qualité) ;
- renforcement de l'offre comme de la demande par une approche globale et des systèmes coordonnés.

On relèvera que, même si le projet a été conçu spécifiquement pour relancer l'utilisation du DIU, l'action s'inscrit dans le cadre d'un choix équilibré de méthodes de planification familiale.

PROCESSUS ET EXPÉRIENCE

Phase préliminaire : Formation de l'équipe de coordination du changement

Le premier pas fondamental pour améliorer les performances du programme de planification familiale au Kenya a consisté à réunir les principales parties prenantes pour étudier la situation des méthodes de longue durée ou permanentes et du DIU dans ce programme. Pour parvenir à relancer l'utilisation du stérilet, les parties prenantes devaient reconnaître la nécessité du changement et l'importance de développer le choix des méthodes proposées. Par ailleurs, elles devaient s'engager à instaurer les changements au niveau du système ainsi que des établissements ou services individuels. C'est dans ce but qu'ACQUIRE a planifié et animé une rencontre consultative à laquelle ont participé des représentants du secteur public, des ONG et des prestataires privés, désignés par les autorités sanitaires locales.

Un groupe de base a été créé avec l'infirmière hygiéniste du district (District Public Health Nurse DPHN) et le coordonnateur de l'éducation médicale continue des autorités sanitaires de Kisii, encadré et soutenu sur le plan national par le directeur adjoint du département de santé de la reproduction ainsi que le groupe de travail national d'information, éducation et communication (IEC). Cet engagement national donne leur légitimité aux activités menées à Kisii et témoigne de l'engagement du MS dans le projet. Les membres du personnel d'ACQUIRE/Kenya s'entretiennent régulièrement avec leurs homologues du MS, de manière à faciliter la mise en œuvre d'un plan d'action et à contribuer à la résolution des problèmes rencontrés.

Phase I: Définir le besoin de changement

Une évaluation des résultats a été entreprise pour estimer la situation du programme et les besoins de perfectionnement. À cet effet, les parties prenantes se sont mobilisées pour réunir des informations sur les atouts et les difficultés du programme, pour déterminer les causes profondes et pour élaborer un plan d'action. Cette évaluation portait à la fois sur l'offre et la demande, afin d'examiner tous les éléments du système à prendre en considération.

A Kisii, le processus d'évaluation s'est fait en trois étapes :

- (1) Une réunion initiale des parties prenantes a été organisée pour présenter le processus et parvenir à un consensus sur l'importance d'améliorer la planification familiale en général et de relancer l'utilisation du DIU, afin d'étendre le choix des méthodes et de proposer aux clients des options sur le long terme. Lors de cette réunion, le groupe de base a fixé les résultats souhaités.
- (2) Des données ont été collectées sur les statistiques de douze établissements de santé de Kisii (quatre hôpitaux, quatre centres de santé et quatre dispensaires). Cette tâche a été accomplie par une équipe réunissant des responsables des autorités sanitaires nationales et locales, des chefs d'établissements et des membres de l'équipe ACQUIRE. Des groupes de discussion avec des utilisatrices, des femmes ne portant pas de DIU et des maris de ce deuxième groupe de femmes ont été organisés pour comprendre les problèmes à résoudre du point de vue de l'utilisatrice.
- (3) Les résultats de cette action ont été présentés à une seconde rencontre des parties prenantes qui, sur la base de ces constatations, ont déterminé et hiérarchisé les lacunes à combler. Les participants les ont analysées pour en dégager les causes profondes, de manière à mieux cerner les interventions et à améliorer les performances pour atteindre le niveau idéal fixé à l'origine.

Ensuite, des plans d'action préliminaires ont été mis au point, y compris l'identification, discussion et consensus sur le changement souhaité dans le cadre du plan d'action retenu.

Pour identifier et adapter les pratiques qui ont fait leurs preuves, le groupe de travail IBP a été consulté pendant la phase de planification du projet, afin d'examiner des interventions déjà mises en œuvre et susceptibles d'être adaptées par ACQUIRE. Par exemple, un dossier de sensibilisation sur le DIU, élaboré par le groupe de travail sur le DIU de Kisii, a été employé.

Application efficace des meilleures pratiques

- **Obtenir l'engagement des partenaires politiques.** L'engagement politique, tant au niveau national que local, des décideurs de haut niveau a aidé à garantir la disponibilité des ressources pour les services de DIU.
- **Faire participer la communauté. Le programme comprend une forte composante communautaire.** Des agents de distribution à base communautaire formés et mobilisés — un groupe de pairs issus des organisations locales et formés pour offrir les services de proximité, aux discussions avec des groupes de femmes et à l'organisation de la promotion dans la communauté — doivent contribuer à l'appropriation du programme par la population locale, son acceptation, son succès et, en fin de compte, sa viabilité.
- **Mobiliser l'action au niveau individuel.** L'usage et la disponibilité du service dépendent de ce que croient les usagers comme les prestataires. Des enquêtes qualitatives chez les clients, les prestataires de soins et les communautés dans leur ensemble ont donné des informations sur les motivations de chacun de ces groupes et sur leurs cercles d'influence. Chacun d'eux a revu la conception du programme et le matériel de communication.
- **Intégrer l'offre et la demande.** Il faut envisager en parallèle l'offre et la demande des différents éléments des programmes. Par exemple, les meilleurs prestataires de soins jouant souvent un rôle essentiel pour attirer de nouveaux clients, leur adhésion à la campagne de communication est primordiale pour s'assurer qu'ils relaient des informations correspondant à celles que les clients entendent à la radio ou au sein de la communauté. Tous les messages promotionnels d'ACQUIRE dirigent les clients vers les sites où les services sont renforcés.

Phase II: Planifier une expérience pilote puis son extension

Des « champions » du projet ont été choisis et désignés par les partenaires locaux. On a estimé que la correspondante principale, l'infirmière hygiéniste citée plus haut, avait à la fois l'intérêt pour le sujet, les compétences nécessaires et le temps suffisant pour s'en occuper dans le cadre de son travail.

Le passage à grande échelle a été planifié dès le départ et les parties prenantes ont défini les plans d'action. Un « document conceptuel » autorisait ACQUIRE et d'autres partenaires à évaluer les enseignements à tirer, les meilleures pratiques, en examinant le travail dans les districts où elles ont été appliquées, ce qui a permis de reproduire le programme le plus efficacement possible.

Nous avons convenu avec le MS que, au niveau national et district, comme nous avons la mission de mettre sur pied une campagne de communication pour la ville de Kisii, le matériel devait pouvoir être adapté à n'importe quelle autre région du pays. Nous avons imprimé séparément les listes des services proposant les DIU de manière à pouvoir les modifier et les adapter pour d'autres districts.

Phase III : Soutenir l'expérience pilote

L'initiative DIU du Kenya a ses « champions » à tous les niveaux : national, district, local et sur site. Nous les soutiendrons en les exposant dans nos médias et dans nos activités de relations publiques, en mettant en avant les changements obtenus par certains prestataires de soins, des équipes dans les établissements, des agents de distribution à base communautaire, des pairs éducateurs communautaires et des clientes satisfaites.

Les services d'appui et d'encadrement ont été intégrés dans le projet et ils comprennent des visites bimensuelles de l'infirmière hygiéniste locale et/ou du responsable du projet, ainsi que du consultant en communication pour le changement des comportements. Ils vérifient avec les prestataires de soins la disponibilité du matériel, se renseignent sur les problèmes et besoins éventuels, redonnent les documents d'IEC selon les besoins, observent les activités au niveau de la communauté et réunissent les informations sur les activités de proximité dans les communautés. Ces visites servent à repérer les problèmes éventuels, renforcer les secteurs en difficulté et récompenser toute personne ayant fait du bon travail. Des stages de remise à niveau sont proposés en fonction des besoins.

Phase IV : Généraliser les changements qui ont été des succès

Un projet a été proposé pour adapter le modèle pilote de la ville de Kisii aux cinq districts supplémentaires et généraliser les activités du projet dans le district de Kisii. Si les fonds sont levés, le travail sera planifié avec les systèmes de gestion du MS, au niveau régional, national et district, de manière à intégrer et à établir les ressources locales pour institutionnaliser et pérenniser ces activités.

Ce projet doit commencer en réunissant les partenaires locaux et nationaux pour analyser les résultats de l'action menée jusque-là, déterminer les outils et éléments du projet les plus performants et en tirer tous les enseignements. Les conclusions proviendront du travail effectué par les partenaires d'AMKENI, le projet ACQUIRE, le groupe de travail national sur le DIU/IBP et serviront à lever les obstacles empêchant l'accès aux DIU et leur utilisation. Ce processus tirera également parti de la vue d'ensemble apportée par le Département de santé de la reproduction du MS kenyan, des bailleurs de fonds et d'autres parties prenantes.

L'évaluation et la communication des résultats auront lieu dans une phase ultérieure. ACQUIRE fera une étude de cas vers la fin du projet de Kisii, au cours de laquelle il évaluera l'initiative, examinera les meilleures pratiques et indiquera les leçons à retenir pour influencer sur les décisions d'extension.

APPROCHE À BASE COMMUNAUTAIRE POUR LA PRÉVENTION DES HÉMORRAGIES DU POST-PARTUM : L'EXPÉRIENCE INDONÉSIENNE

CONTEXTE

L'hémorragie du post-partum (HPP) est la principale cause directe de décès maternel dans les pays en voie de développement. Elle est définie par des saignements excessifs à la troisième phase de l'accouchement (entre la naissance de l'enfant et l'expulsion du placenta). La quantité de sang perdu dépend du temps qui s'écoule entre la séparation et l'expulsion du placenta. En cas de rétraction utérine insuffisante, les vaisseaux sanguins où se trouvait le placenta restent ouverts et il en résulte une hémorragie profuse.

Même si l'accouchée n'en meurt pas, elle peut rester dans un état de faiblesse et d'anémie qui l'empêche de s'occuper et de profiter confortablement de son enfant. Pour éviter la mort ou des incapacités, il faut souvent intervenir d'urgence, y compris au moyen de transfusions sanguines, qui sont souvent onéreuses et/ou pas disponible dans beaucoup de zones rurales.

Selon certaines études, la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) permet d'éviter 60 % des cas de HPP en aidant l'utérus à se contracter plus rapidement. Cette gestion consiste à :

- administrer un médicament utérotonique dans la minute qui suit la naissance de l'enfant ;
- procéder à une traction contrôlée du cordon (en tirant doucement sur le cordon ombilical) avec contre-traction sur le fond, lorsque le cordon est clampé ;
- masser le fond de l'utérus à travers l'abdomen ;
- surveiller les signes d'hémorragie dans les deux heures suivantes.

Le médicament le plus utilisé est l'ocytocine, mais elle doit être injectée par un prestataire de soins formé et qualifié. Selon de nombreuses études, le misoprostol, qui peut être administré par voie orale, est aussi sûr et efficace. Il a de plus l'avantage d'être moins coûteux et de ne pas nécessiter une conservation au froid.

En 2002 et 2003, JHPIEGO a mené une étude pilote, soutenu par l'USAID, en zone rurale de la province de Java-Ouest, en Indonésie, pour prévenir l'HPP chez les femmes vivant dans des zones où de nombreuses naissances ont lieu sans accoucheur qualifié. Cette étude avait pour objectif de démontrer la sécurité, l'acceptabilité, la faisabilité et l'efficacité pour le programme d'une intervention consistant à charger des bénévoles communautaires formés d'offrir l'information aux femmes sur la prévention de l'HPP, de distribuer du misoprostol aux femmes enceintes et d'assurer leur suivi.

PROCESSUS ET EXPÉRIENCE

Phase préliminaire : Formation de l'équipe de coordination du changement

Avant de commencer la collecte des données, une large infrastructure a été mise en place pour coordonner et suivre le projet, avec un comité national d'orientation réunissant des partenaires réputés sur le plan professionnel et ayant une influence nationale, comme le Directeur général de la santé publique

et un représentant de la Société nationale d'obstétrique et de gynécologie. Cette équipe a reçu l'aval du comité d'éthique et l'approbation du MS aux niveaux national, provincial et à celui des districts.

Phase I : Définir le besoin de changement

Le comité d'orientation, faisant office d'équipe de coordination, avait bien conscience du problème : l'HPP est à l'origine de la moitié des décès maternels liés à la grossesse et à l'accouchement survenus en Indonésie et, même quand elle n'entraîne pas la mort de la mère, elle nuit aux premières semaines de vie de l'enfant et constitue une source de stress physique, émotionnel et financier pour la mère et sa famille. Malgré les efforts permanents pour promouvoir l'accouchement en présence d'un prestataire de soins qualifié et la formation approfondie des sages-femmes communautaires à la gestion active de la troisième phase de l'accouchement, l'équipe de coordination savait que près de la moitié des femmes de la zone accouchaient chez elles, sans attention médicale. Le défi consistait à trouver un moyen de lutter contre les HPP en l'absence d'accès à des services de santé sophistiqués.

Phase II : Planifier une expérience pilote puis son extension

L'équipe de coordination a désigné un chercheur principal et l'a chargé de jouer le rôle d'agent du changement qui supervise et dirige la mise en œuvre de l'ensemble des nouvelles pratiques dans les communautés sélectionnées à Java Ouest. Gynécologue/obstétricien ayant acquis une solide formation universitaire et une grande expérience, il a surveillé la démonstration des nouvelles pratiques, avec l'aide d'une équipe du changement composée d'un épidémiologiste de terrain, d'un responsable de l'étude et d'un autre co-chercheur principal désigné par JHPIEGO.

L'équipe de coordination, l'agent et l'équipe du changement ont été pleinement informés de la pratique efficace à mettre en œuvre : la gestion active de la troisième phase de l'accouchement, approuvée par la Confédération des sages-femmes et la Fédération internationale d'obstétriciens et gynécologues, est appliquée dans les pays occidentaux et, de plus en plus, dans les pays en voie de développement. Dans ce cadre rural, ils ont adapté les pratiques habituelles, c'est-à-dire soit l'administration d'ocytocine (en plus des autres composantes de la GATPA) par une sage-femme formée ou la prise par la femme elle-même de misoprostol, immédiatement après la naissance. Tant dans le site pilote que dans les sites témoins, une bénévole communautaire formée (kader) donnait des conseils sur les dangers et la prévention de l'HPP dès qu'elle voyait une femme enceinte. Dans le site pilote, elle distribuait du misoprostol pendant le huitième mois de grossesse et proposait une seconde série de conseils.

L'expérience pilote a été conçue pour montrer si cette nouvelle pratique allait permettre de surmonter les obstacles potentiels. Les agents de santé communautaires pouvaient-ils donner une formation suffisante aux bénévoles ? Les mères allaient-elles accepter le misoprostol et vouloir le prendre seules ? Pouvaient-elles utiliser sans risque le misoprostol en l'absence d'une accoucheuse qualifiée ? Le conseil pouvait-il atténuer les conséquences négatives des effets secondaires comme les frissons, la fièvre, les crampes ou la nausée ? Pour surmonter tous ces obstacles, de nombreuses discussions et consultations ont eu lieu entre les parties prenantes à mesure que l'étude était proposée et planifiée. Des médecins, infirmières, sages-femmes, groupes de femmes, chefs locaux, officiels ou non, kaders ainsi que des fonctionnaires ont participé à ces discussions.

Des bénévoles communautaires formées ont visité à domicile des femmes enceintes et les ont recrutées pour l'étude. Une procédure de consentement oral éclairé garantissait aux femmes le droit de refuser de participer à l'expérience tout en continuant à bénéficier des conseils sur les risques et les dangers

de l'HPP et de la gratuité des soins en cas de recours à une structure médicale. Dans la zone pilote, les bénévoles proposaient des informations complémentaires sur le moment de la prise et l'utilisation sans risques du misoprostol, ainsi que sur les risques encourus en cas de prise anticipée des comprimés. Les effets secondaires du misoprostol ont été décrits, ainsi que les mesures à prendre pour les atténuer. Les boîtes conditionnées de misoprostol comportaient également une fiche aide-mémoire.

Anticipant la possibilité du succès de l'intervention, le MS a commencé à envisager, dès cette phase, une extension de la pratique et a proposé d'augmenter la distribution de misoprostol pour les naissances à domicile sans accoucheur qualifié.

Phase III : Soutenir l'expérience pilote

Pendant et après l'intervention, l'équipe de l'étude sur le terrain a réalisé des entretiens sur l'innocuité, l'acceptabilité et la faisabilité de la prise de misoprostol. Un obstétricien a étudié toutes les complications sérieuses survenues pendant les accouchements. De plus, des entretiens approfondis ont eu lieu avec des maris, des aides, des kaders, des sages-femmes communautaires et des accoucheuses traditionnelles.

Phase IV : Porter à grande échelle les changements qui ont été réussis

Les mesures portant sur l'efficacité du programme employées pour évaluer le changement ont donné des résultats impressionnants :

- le taux de couverture de la population avec l'ocytocine ou le misoprostol était nettement supérieur dans la zone pilote (93,7 %) que dans la zone témoin (76,8 %) ;
- le nombre de transferts d'urgence dus à des complications à la naissance était inférieur à 10 % (176 sur 1 811), avec seulement 47 transferts pour une suspicion d'HPP.
- Dans la zone pilote, les transferts d'urgence pour des complications au moment de la naissance, dont l'HPP, ont été beaucoup moins nombreux. L'ajustement en fonction de l'âge, de la parité, de l'éducation, du niveau social et des antécédents d'hémorragie antepartum a montré que, pour les femmes dans la zone pilote, la diminution du risque était :
 - de 25 % pour les saignements excessifs ;
 - de 30 % pour les transferts d'urgence dans des établissements de soins ;
 - de 45 % pour les transferts d'urgence motivés par des HPP.

L'étude sur l'HPP a établi l'innocuité de la distribution à domicile de misoprostol dans la communauté. Les participantes à l'étude ont été en mesure de répéter les renseignements sur la sécurité du produit après avoir reçu les conseils des kaders formées. Les femmes ont compris qu'elles devaient faire appel à des agents de santé en cas de saignement excessif, qu'elles aient ou non pris le médicament. Aucune des participantes ayant pris du misoprostol n'a eu besoin d'être transférée pour des soins supplémentaires en raison d'aggravation des symptômes ou d'effets secondaires après l'accouchement.

L'étude pilote a conclu que l'intervention était acceptable. Les kaders formées et encadrées ont donné avec succès les conseils et les informations nécessaires pour la prévention de l'HPP et ont distribué sans risque le misoprostol. Les femmes savaient que le traitement pouvait avoir des effets secondaires transitoires et connaissaient les mesures à prendre s'ils se produisaient. La plupart des participantes et leurs familles ont fait des commentaires positifs sur les conseils reçus et l'utilisation du médicament pour

empêcher l'HPP. Une grande proportion d'entre elles a exprimé l'intention de reprendre le misoprostol lors de grossesses ultérieures, de le conseiller à des amies et même de payer pour se le procurer.

À la fin de l'étude, le comité de pilotage s'est réuni et a pris certaines mesures pour le passage à grande échelle :

- reconnaître que l'HPP est encore l'une des principales causes évitables de décès maternel en Indonésie ;
- présenter les principaux résultats de l'étude sur l'HPP au Ministère de la Santé ;
- recommander le passage à grande échelle de la stratégie de prévention de l'HPP ;
- diffuser le plus largement possible les résultats de l'étude ;
- plaider pour un engagement des autorités sanitaires régionales et des bailleurs de fonds.

A la suite du succès avéré obtenu par ce processus de changement, le MS est en train de mettre en place un plan d'action pour généraliser la prévention de l'HPP par l'utilisation du misoprostol dans les communautés. Les résultats de l'étude sont en train d'être communiqués aux autorités des provinces et des districts et le MS met l'accent sur deux messages fondamentaux : 1) la mise en œuvre doit prévoir la formation du personnel de santé, en insistant sur les conseils à donner aux femmes enceintes ; 2) il faut mettre en place des systèmes de contrôle strict des stocks de misoprostol sous la responsabilité de la sage-femme en chef de chaque communauté qui sera tenue de rendre des comptes. En fonction de la situation locale, les exécutants doivent mettre eux-mêmes au point les moyens de repérer et de contacter les femmes enceintes, en prenant pour exemple l'expérience des bénévoles communautaires de Java-Ouest. Le MS insiste également sur la mise en place de systèmes de documentation pour surveiller l'utilisation sans risques du misoprostol. Lorsque celui-ci est fourni aux femmes pendant leur grossesse, elles doivent recevoir les conseils nécessaires pour une utilisation sûre.

À la suite des efforts du comité de pilotage, le Ministère a pris en juillet 2003 une résolution officielle appelant à intégrer dans la stratégie nationale de santé les deux options pour la prévention de l'HPP (GATPA et la distribution de misoprostol au niveau communautaire). Pour garantir la disponibilité du misoprostol et sa distribution dans les établissements sanitaires périphériques, le MS cherche à commander le médicament en gros pour le reconditionner ensuite pour la prévention de l'HPP. Le MS et JHPIEGO s'efforcent également de mettre davantage l'accent sur la prévention de l'HPP dans la campagne de préparation à la naissance.

Après avoir disséminé le modèle aux autorités locales, le MS applique désormais le programme dans quinze districts de sept provinces et il prévoit d'identifier quelques districts dans différentes régions pour y étendre l'intervention. Le passage à grande échelle se fera progressivement dans chaque région à partir d'un district. Des lignes budgétaires spécifiques sont à l'étude pour la socialisation, la préparation/adaptation du matériel de formation et les algorithmes de prise de décision, la préparation des outils de suivi, et la formation des sages-femmes et des bénévoles communautaires, ainsi que pour l'achat et le reconditionnement du misoprostol. Le budget national a récemment été autorisé et des réunions ont eu lieu avec les responsables de districts et de la province de Java Ouest qui ont mis au point un plan d'action pour cette province. Les efforts pour acheter le médicament ont été lancés et progressent.

Exemple extrait de « Prevention of Postpartum Hemorrhage Study, West Java, Indonesia ». Cette étude résulte de la collaboration entre les membres de Depkes (Ministère de la Santé) en Indonésie ; POGI (Association indonésienne d'obstétrique et de gynécologie) et JHPIEGO. Elle a été financée par le programme de santé maternelle et néonatale de l'USAID (MNH). Les auteurs de l'étude sont Harshad Sanghvi, Gulardi Wiknosastro, Gail Ghanpong, Joy Fishel, Saifuddin Ahmed, et Mohammed Zulkarnain.

Pour plus d'information, veuillez prendre contact avec: Harshad Sanghvi, Directeur médical, JHPIEGO, à hsanghvi@jhpiego.net.

LE BON PRESTATAIRE AU BON ENDROIT : EXTENSION DES SOINS APRÈS AVORTEMENT AU PREMIER NIVEAU AU KENYA

CONTEXTE

Les complications dues aux avortement pratiqués dans de mauvaises conditions ou incomplets sont une cause majeure d'hospitalisations et de mortalité maternelle au Kenya et surchargent davantage un système de santé publique déjà lourdement sollicité. En 2004, le rapport « A National Assessment of the Magnitude and Consequences of Unsafe Abortion in Kenya » (Évaluation nationale de l'ampleur et des conséquences des avortements à risque au Kenya) faisait état de plus de 300 000 avortements à risque chaque année dans le pays, avec des complications entraînant l'hospitalisation de 20 000 femmes ou jeunes filles selon les estimations (séquelles sur le long terme comme des douleurs chroniques, des infections génitales hautes, des obstructions des trompes et des problèmes de stérilité secondaire).

S'efforçant d'amener un changement positif dans la disponibilité et l'utilisation des services de soins après avortement (SAA) et de réduire les risques d'avortements répétés chez les clientes de ces services, IntraHealth International et les partenaires des projets PRIME et PRIME II ont élaboré un programme pilote pour former les infirmières sages-femmes du secteur privé aux soins après avortement. Par l'intermédiaire du Conseil des infirmières du Kenya (NCK : Nursing Council of Kenya), les infirmières sages-femmes avaient elles-mêmes demandé à PRIME de les aider à répondre aux besoins des femmes souffrant de complications après avortement après que plusieurs d'entre elles, vivant à Nairobi, aient assisté à un séminaire sur ce thème, organisé par PRIME au début de 1997. Après le programme pilote de deux ans (1998-2000), PRIME II a procédé à une extension de ces services en deux phases, de 2000 à 2004.

Les infirmières sages-femmes du secteur privé constituent le cadre idéal pour étendre les services de soins après avortement au Kenya car ce sont elles qui assurent principalement les consultations prénatales, la planification familiale et d'autres services de santé de la reproduction dans de nombreuses régions du pays. Leur rôle au niveau primaire concorde avec la stratégie du gouvernement kenyan pour la décentralisation des soins de santé en développant la participation du secteur privé dans la prestation des services de santé. Beaucoup d'infirmières sages-femmes possédant leur propre cabinet, elles forment potentiellement la base financièrement viable de services nationaux de soins ambulatoires après avortement. Plus important encore, elles sont des praticiennes expérimentées qui doivent travailler dix ans dans le secteur public, privé ou institutionnel avant de pouvoir ouvrir leur cabinet.

Le programme pilote a introduit une approche complète des services de soins après avortement au niveau primaire. En plus de traiter les complications potentiellement mortelles des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions ou incomplets, les infirmières sages-femmes donnent des conseils sur la planification familiale, les options de contraception et fournissent ou réfèrent des méthodes afin d'aider les clientes à éviter les grossesses non désirées et à espacer ensuite les naissances. Elles offrent par ailleurs certains services de santé de la reproduction ou autres soins de santé dans leurs cabinets ou en référant leurs clientes vers un autre établissement auquel elles peuvent avoir accès.

La stratégie pour atteindre les populations de femmes kenyanes n'ayant pas accès aux services de santé après avortement se fonde sur la sensibilisation et la participation de la communauté car les services de ce type peuvent potentiellement susciter des controverses et même être confondus avec l'avortement lui-même. Il est essentiel de garantir la confidentialité aux clientes et de donner des conseils et des traitements sans porter de jugement si l'on veut que les femmes qui en ont besoin viennent consulter.

PROCESSUS ET EXPÉRIENCE

Phase préliminaire : formation de l'équipe de coordination du changement

Financé par l'USAID et conçu par PRIME, le programme pilote a été approuvé par le MS et soutenu par NCK, qui octroie les licences aux infirmières sages-femmes privées, et l'Association nationale des infirmières du Kenya (NNAK : National Nurses Association of Kenya), une association professionnelle. Le soutien des directeurs provinciaux de la santé et des médecins chefs des districts a été également primordial. La collaboration efficace entre les partenaires PRIME et PRIME II, le MS et NCK, ainsi que les infirmières sages-femmes qualifiées, s'est avérée indispensable pour mettre sur pied un programme reproductible et durable. Dans le cadre de la coordination du changement, PRIME a aidé le MS à élaborer des normes et standards des services de soins après avortement pour les agents de santé du Kenya.

Phase I : Définir le besoin de changement

Avant le lancement du programme pilote, PRIME a procédé à une évaluation initiale du potentiel des infirmières sages-femmes pour assurer les soins après avortement et de l'acceptation de cette offre par les communautés. Les résultats de cette évaluation ont été intégrés dans la conception de l'approche de formation et de soutien des prestataires de soins dans le programme pilote.

Phase II : Planifier une expérience pilote puis son extension

En dehors d'avoir reçu de NCK l'autorisation d'exercer à titre privé, les infirmières sages-femmes devaient satisfaire plusieurs autres critères pour pouvoir participer au programme pilote. Leurs cabinets devaient respecter des normes minimales d'hygiène, avoir l'eau courante, le matériel essentiel et suffisamment d'espace pour garantir l'intimité des clientes et la confidentialité. Les infirmières sages-femmes devaient également être en mesure d'accéder aux infrastructures de base pour se réapprovisionner et transférer leurs patientes. Elles devaient manifester un intérêt particulier pour les soins après l'avortement et avoir déjà intégré d'autres soins de la santé de la reproduction dans leur pratique des consultations prénatales et de l'accouchement.

Dans le cadre de la stratégie pour la viabilité financière et le passage à grande échelle ultérieure du programme pilote, les infirmières sages-femmes participaient au coût de la formation en assumant leurs frais de déplacement, d'hébergement et de nourriture. Les cours ont eu lieu à Nairobi pour qu'elles puissent bénéficier des possibilités de formation clinique de l'Hôpital National Kenyatta, qui reçoit un grand nombre de patientes après des avortements. En formant les infirmières par groupes de dix issues de la même zone géographique, PRIME s'est efforcé de donner un caractère intime aux sessions et d'encourager l'entraide entre les participantes par la suite. La formation était axée sur 13 composantes clés :

- introduction et éclaircissement des valeurs ;
- interaction entre la cliente et l'infirmière sage-femme et le counseling ;
- prise en charge des complications d'un avortement à risque ou incomplet ;
- l'aspiration manuelle intra-utérine par le vide (AMIU) ;
- prévention des infections ;
- prise en charge de la douleur ;
- planification familiale après avortement et offre de méthodes contraceptives (y compris la pilule du lendemain) ;

- prise en charge du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- tenue des registres ;
- aspects juridiques de la prestation des services de soins après avortement ;
- introduction à la supervision par pairs ;
- services de proximité et participation de la communauté ;
- exécution des procédures pratiques sous supervision.

Phase III : Soutenir l'expérience pilote

Pour soutenir un programme pilote réussi susceptible d'être durable et porté à grande échelle, il faut privilégier avant tout une supervision renforcée, le partage des coûts, un soutien solide et constant de la communauté et la sensibilisation aux services de soins après avortement.

Il est important de suivre et de soutenir les prestataires dans leurs cabinets après la formation pour garantir la qualité des services. Elles peuvent avoir besoin d'aide pour intégrer certains éléments des soins après avortement dans la gamme des services qu'elles proposent ou pour les réorganiser complètement. La mise en place d'un système viable de supervision et de soutien des infirmières sages-femmes formées a représenté un défi, les infirmières hygiénistes de district, leurs superviseurs officiels, étant surchargées de travail avec leurs responsabilités dans le secteur public et confrontées à des problèmes logistiques tels que le manque d'essence pour se rendre dans les cabinets des sages-femmes. En outre, PRIME n'avait pas suffisamment de personnel pour assurer un soutien adéquat après la formation. Pour compléter les efforts des infirmières hygiénistes de district et les visites du personnel de PRIME, les infirmières sages-femmes ont été encouragées, lors de la formation, à se soutenir mutuellement et à construire, renforcer et étendre leurs propres réseaux de prestataires pairs ou groupes pour résoudre les problèmes, échanger les informations et mettre les ressources en commun.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les infirmières sages-femmes ont participé au coût de leur formation. Alors que celles participant au programme pilote ont reçu gratuitement les kits AMIU, les infirmières sages-femmes privées à un stade ultérieur ont dû les acheter à un prix préférentiel (le cinquième du prix du marché environ) directement auprès du distributeur Ipas dans le pays. Il y a eu également un partage des frais pour la formation à Norplant, où les infirmières sages-femmes payaient leurs frais d'inscription à l'organisme de formation, tandis que PRIME et la NNAK s'occupaient de la sélection des candidates appropriées.

Au cours du programme pilote et de son extension, le projet POLICY a mené dans les communautés une campagne de promotion des services de soins après avortement pour lutter contre le problème de la mortalité et des incapacités imputables aux avortements à risque. Pendant la phase d'extension, des efforts supplémentaires ont été consentis dans les communautés concernées pendant que les sages-femmes suivaient leur formation.

Phase IV : Porter à grande échelle les changements qui ont réussi.

Le programme pilote couvrant 44 cabinets dans trois provinces (Nairobi, Province Centrale et Vallée du Rift) a clairement démontré que les infirmières sages-femmes privées étaient capables de dispenser les services de soins après l'avortement, que les femmes souffrant de complications de l'avortement ont accès au secteur privé et l'utilisent pour ces services et qu'il peut en résulter une augmentation d'accès et

d'utilisation de la planification familiale.

Pendant les deux premières années du passage à grande échelle, 155 infirmières sages-femmes formées ont traité avec succès plus de 1 600 femmes présentant des complications après avortement en utilisant l'AMIU. Elles ont également donné des conseils de planification familiale à 81 % des femmes et 56 % ont emporté avec elles un moyen de contraception ou ont accepté de revenir pour adopter une méthode de planification. Le passage à grande échelle suivant, dans la Province de la Côte, s'est traduite par la formation de 101 infirmières sages-femmes et soignants du secteur privé. Plus de 650 clientes ont été traitées pour des complications, 98 % ont reçu des conseils de planification familiale après la procédure et 72 % ont accepté une méthode de planification familiale.

Des données ont été également collectées lors du passage à grande échelle des activités de santé de la reproduction et autres proposés aux femmes après l'avortement. Les rapports montrent que trois quarts d'entre elles ont reçu des conseils sur la prévention et les traitements des IST et du VIH. Près de la moitié ont été conseillées sur le cancer du sein et ont bénéficié d'un dépistage et 40 % ont reçu un counseling pour le besoin de faire un dépistage du cancer du col de l'utérus. La moitié des femmes ont aussi reçu des conseils en nutrition.

Les réseaux d'entraide des infirmières sages-femmes pairs se sont avérés prometteurs pour renforcer la supervision et le soutien. Un grand réseau créé pendant PRIME II par exemple s'est ensuite établi deux autres branches, enregistrées auprès du gouvernement comme services sociaux, a levé des fonds pour améliorer les cabinets et effectuer des investissements et a établi un programme de formation continue pour ses membres.

Néanmoins, une étude de la première extension a constaté qu'au moins 20 % des infirmières formées aux soins après avortement n'ont pas proposé ces services après leur formation. Elle a observé également que leur attitude influence la décision de proposer ou non ces services. Selon les témoignages d'infirmières sages-femmes, les soins après avortement pourraient ne pas être rentables, ce qui peut les décourager de proposer ces services.

Pour décrire les principaux déterminants d'une nouvelle extension des services de soins après l'avortement au Kenya, PRIME II a participé en 2004 à une étude tirant parti d'une enquête sur les prestataires de soins et d'études de cas pour déterminer les facteurs contribuant à la viabilité de ces services. On trouve dans ces facteurs l'attitude des prestataires, la concurrence, le sens des affaires, la gamme des services proposés, la qualité des services et la participation à des réseaux de soutien mutuel. L'étude a préconisé de renforcer les capacités commerciales et de gestion, l'identification d'une organisation pour représenter les intérêts des prestataires, la réorientation du plaidoyer pour ces services sur une base plus large, le soutien aux réseaux d'entraide des pairs, la mise en relation des prestataires avec les sources de capitaux, et la reconnaissance du bien fondé du suivi et de l'évaluation chez les prestataires. L'étude a conclu que les services de soins après avortement pouvaient être viables si les cabinets des infirmières sages-femmes le sont aussi, mais qu'elles ont besoin d'une assistance technique pour améliorer leurs pratiques commerciales et d'initiatives plus fortes favorisant la compréhension et l'acceptation de ces services dans les communautés.

MEMBRES DU CONSORTIUM DE L'INITIATIVE IBP

Academy of Education and Development

CARE International

Centre for African Family Studies (CAFS), Nairobi, Kenya

Centre for Development and Population Activities (CEDPA)

CORE Group

EngenderHealth

Family Health International (FHI)

IntraHealth International

Institute for Reproductive Health, Georgetown University

International Council on Management of Population Programmes (ICOMP), Malaysia

International Planned Parenthood Federation (IPPF), London, United Kingdom

Johns Hopkins Program of International Education in Gynaecology and Obstetrics (JHPIEGO)

Johns Hopkins University/Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs (JHU/CCP)

John Snow International (JSI) Management Sciences for Health (MSH) Partners in Population and Development

(PPD)

Pathfinder International and Catalyst Consortium

Population Council, FRONTIERS Program

Program in Appropriate Technology in Health (PATH)

Public Health Institute (PHI)

Regional Centre for Quality of Health, Makerere University, Uganda

Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)

Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) University Research Co., LLC.

Quality Assurance Project, Bethesda, MD, USA

Organisation mondiale de la Santé, Département de Santé et recherche génésiques

White Ribbon Alliance



Les partenaires suivants ont participé à l'élaboration de ce document au nom de tous les partenaires de l'initiative IBP :

Chemonics
EngenderHealth
Pathfinder International
Johns Hopkins University Center for Communication Programs
IntraHealth
Management Sciences for Health
Public Health Institute
University Research Co., LLC
Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)
Organisation mondiale de la Santé / Département de Santé et recherche génésiques

Si vous désirez recevoir des exemplaires supplémentaires de ce guide ou si vous avez besoin d'autres informations, veuillez prendre contact avec Joseph Dwyer à l'adresse ci-dessous :

Joseph Dwyer
Management Sciences for Health
784 Memorial Drive
Cambridge, MA 02319 USA
Téléphone : +1.617.250.9500
jdwyer@msh.org