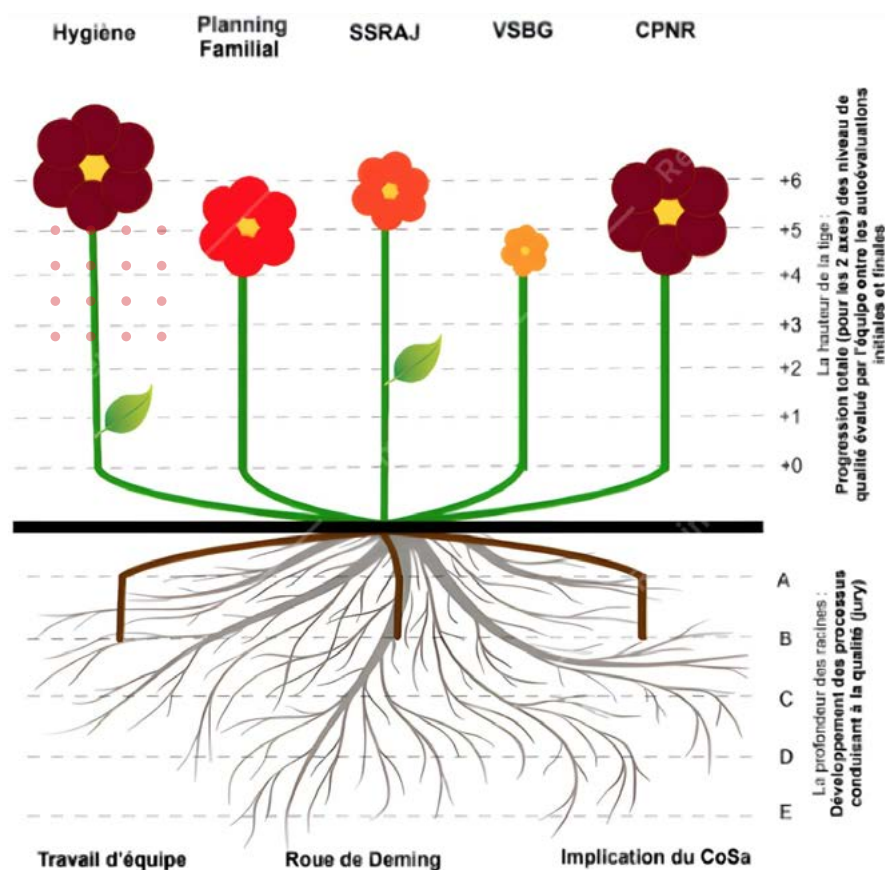


# BOÎTE À OUTILS

## APPROCHE INTÉGRÉE DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ (« Concours Qualité »)



CAPITALISATION DE L'APPROCHE DÉVELOPPÉE AU BURUNDI DANS LE CADRE DU PROJET SANTÉ/GIZ -  
PROJET RENFORCEMENT DES STRUCTURES DE SANTÉ DANS LE DOMAINE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE  
ET DE LA SANTÉ ET DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS (SDSR) AU BURUNDI

Décembre 2022



**Cette boîte à outils et ses documents connexes sont disponibles en téléchargement au site suivant :**

**<https://health.bmz.de/fr/toolkits/concours-qualite-management-qualite/>**

## **Approche intégrée de management de la qualité (« Concours Qualité ») : Boîte à outils**

Publiée par :

*Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH (GIZ)*

Sièges à Bonn et à Eschborn, Allemagne

[www.giz.de](http://www.giz.de)

Projet Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale et de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) au Burundi – Phase 3

Avenue des Orangers N° 9 B.P. 41

Bujumbura, Burundi

**Conception :** Anne Fromont, Université Catholique de Louvain – CIRTES et l'équipe du Champ d'action 1 du Projet SDSR/GIZ - Dr Marie-Claire Ryanguyenabi, Dr Zacharie NKESHIMANA, Dr Cyprien MBONYINGINGO et Dr Désiré NDUWIMANA

**Texte :** Dr Mary White-Kaba, Dr Marie-Claire Ryanguyenabi, Dr Cyprien Mbonyingingo, Anne Fromont, Pr Annalisa Casini, et Ursula Schoch

**Mise en page :** Lahcen Labairi, PUBLAB

**Image de couverture :** Représentation imagée des résultats d'un centre de santé au Concours qualité de 2019-21

La GIZ est responsable du contenu de cette publication.

**Sur mandat de :** Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ)

Décembre 2022



# TABLE DES MATIERES

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Introduction .....                                          | 5  |
| Prologue : Développement du Concours qualité .....          | 7  |
| Chapitre 1 : Le concept .....                               | 11 |
| Chapitre 2 : La compétition positive .....                  | 24 |
| Chapitre 3 : Les outils du Management de la qualité .....   | 36 |
| Chapitre 4 : Le renforcement des compétences .....          | 46 |
| Chapitre 5 : La participation communautaire .....           | 65 |
| Chapitre 6 : L'alignement sur l'existant .....              | 70 |
| Chapitre 7 : L'innovation digitale - les NTIC .....         | 79 |
| Chapitre 8 : Les effets démontrés de l'approche CQ-MQ ..... | 87 |

## Annexes : Les outils techniques

|                                                          |  |
|----------------------------------------------------------|--|
| I-1 Acteurs de la mise en oeuvre CQ-MQ                   |  |
| I-2 Quiz CQ-MQ                                           |  |
| I-3 Théorie du changement - mise en capacité             |  |
| II-1 Formulaire adhésion au CQ3                          |  |
| II-2 Outils rétroinformation                             |  |
| II-3 Stratégie classement des CDS                        |  |
| II-4 Concept jury et logistique pour la rétroinformation |  |
| II-5 Liste initiale CDS participants au CQ3              |  |
| III-1 Grilles AE en français                             |  |
| III-2 Grilles AE en kirundi                              |  |
| III-3 Guide CDS autoévaluation                           |  |
| III-4 Guide élaboration grille AE                        |  |
| IV-1 Guide gestion RH au DS                              |  |
| IV-2 Programme indicatif formation andragogie MQ         |  |
| IV-3 Matrice compétences des AQDS                        |  |
| IV-4 Guide_AQDS_CQ3                                      |  |
| IV-5 Visite réflexive observation participante           |  |





# Abréviations

|       |                                                                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AE    | Auto-évaluation                                                                                          |
| AQ    | Assistant qualité (médecin engagé par le projet)                                                         |
| AQDS  | Assistant qualité de district sanitaire (superviseur polyvalent membre de l'ECD jouant le rôle de coach) |
| BDS   | Bureau de District sanitaire                                                                             |
| BMZ   | Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement                              |
| BPS   | Bureau de Province sanitaire                                                                             |
| CDS   | Centre de santé                                                                                          |
| COGES | Comité de gestion                                                                                        |
| COSA  | Comité de santé                                                                                          |
| CPNR  | Consultation prénatale recentrée                                                                         |
| CQ    | Concours qualité                                                                                         |
| CQ1   | 1er cycle du CQ                                                                                          |
| CQ2   | 2e cycle du CQ                                                                                           |
| CQ3   | 3e cycle du CQ                                                                                           |
| DS    | District sanitaire                                                                                       |
| ECD   | Equipe cadre de district                                                                                 |
| EQ    | Expert qualité (ancien AQ)                                                                               |
| FBP   | Financement basé sur la performance                                                                      |
| GIZ   | <i>Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH</i>                                               |
| IST   | Infections sexuellement transmissibles                                                                   |
| MCD   | Médecin chef de district                                                                                 |
| MQ    | Management de la qualité                                                                                 |
| MSPLS | Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA                                             |
| NTIC  | Nouvelles technologies de l'information et de la communication                                           |
| PDCA  | <i>Plan-Do-Check-Act</i> (Planifier-Faire-Vérifier-Agir)                                                 |
| PF    | Planification familiale                                                                                  |
| PMA   | Paquet minimum d'activités                                                                               |
| PNDS  | Plan national de développement sanitaire                                                                 |
| PNSR  | Programme national de santé de la reproduction                                                           |
| RC    | Renforcement de compétences                                                                              |
| RD    | Roue de Deming                                                                                           |
| RH    | Ressources humaines                                                                                      |
| SDSR  | Santé et droits sexuels et reproductifs                                                                  |
| SIS   | Système d'information sanitaire                                                                          |
| SSRAJ | Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes                                             |
| ToC   | <i>Theory of change</i> (Théorie du changement)                                                          |
| VSBG  | Violences sexuelles et basées sur le genre                                                               |





# Introduction : à propos de cette boîte à outils

Bienvenue dans la boîte à outils de **l'Approche intégrée de management de la qualité (« Concours qualité »)** ! Cette boîte à outils montre comment mettre en œuvre une approche de Management de la qualité des services de santé qui a beaucoup fait parler d'elle : le « Concours qualité » (CQ). Initiée en **Guinée dans les années 2000**, cette approche a été reprise dans plusieurs pays dont le Maroc, le Cameroun, le Yémen, et plus récemment au Burundi dans le cadre du **Projet Santé/GIZ**<sup>1</sup>. Introduite à partir de 2013, l'approche s'est progressivement raffinée pour donner la dernière mouture des outils que vous découvrirez ici.

L'expérience du Concours qualité au Burundi est la première à avoir bénéficié d'une évaluation scientifique continue afin d'en mesurer les effets. Son modèle a déjà été étendu au Cameroun, et elle est la première à partager avec le public une boîte à outils – celle-ci – présentant toutes les facettes qui composent cette approche.

Cette boîte à outils a pour objectif de **capitaliser et pérenniser** l'expérience du projet en documentant cette approche originale de Management de la Qualité (MQ). Elle vise ainsi à la rendre **accessible et praticable** pour toute personne, au Burundi ou ailleurs, qui tient à cœur la qualité des services offerts dans leur système de santé – qu'elle soit planificatrice, gestionnaire, prestataire de soins ou simplement curieuse.

La boîte à outils s'adresse donc à **trois catégories d'utilisateurs** potentiels :

- Ceux qui veulent **s'informer en bref** sur l'outil (niveau « **Information** »)
- Ceux qui veulent **approfondir leur connaissance** de l'outil en vue de son application ou adaptation dans un nouveau contexte (niveau « **Adaptation** »)
- Ceux qui, dans les zones d'intervention du projet, pratiquent déjà l'approche et veulent la continuer et pérenniser ses effets (niveau « **Pérennisation** »).

Chaque chapitre est structuré selon ces trois niveaux, facilement repérables pour le lecteur par la couleur du bord droit de la page :

1. **Présentation succincte** de l'outil en question (bordure **verte**)
2. **Description plus approfondie** : « En savoir plus » sur comment introduire et appliquer l'outil (**sans bordure**)
3. Guides et outils pratiques permettant **la poursuite de l'approche** (bordure **bleue**).

Certains chapitres contiennent en plus un **encart** (facilement repérable à sa bordure **rouge**) pour faire ressortir certains principes clés qui sous-tendent plusieurs outils.

La boîte à outils comprend huit chapitres plus une section **Annexes**, où sont regroupés les **outils techniques** relevant de chaque chapitre. La boîte à outils est conçue de sorte que

<sup>1</sup>Le Projet Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale et de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) au Burundi est mis en œuvre par la *Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH* (GIZ) sur mandat du Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ).



le lecteur n'ait pas besoin de la lire de façon linéaire mais plutôt qu'il puisse facilement identifier les parties qui répondent à ses besoins. Les différents outils et principes de l'approche peuvent être choisis « **à la carte** » selon les objectifs du lecteur.

Le Prologue nous informe sur le développement de l'approche au Burundi. Le Chapitre 1 présente **le concept** de l'approche CQ dans son ensemble. Les Chapitres 2 à 7 portent sur les **six piliers** de l'approche. Le Chapitre 8 présente les **effets** de l'approche ainsi que les **coûts approximatifs** de mise en œuvre des différents outils.

Pour **faciliter la consultation**, dans la version électronique de cette boîte à outils, des [liens hypertexte](#) permettent d'accéder rapidement aux chapitres, sections ou outils mentionnés dans le texte.



# Prologue : Développement de l'approche intégrée de Management de la qualité dénommée « Concours qualité » au Burundi

La présente boîte à outils est la synthèse de presque dix ans de recherches et de leçons robustes acquises dans le cadre d'une mise en œuvre cohérente et évolutive de l'approche intégrée de management de la qualité appelée « Concours qualité » (CQ) dans trois provinces de la République du Burundi. Un accompagnement scientifique continu a permis d'en analyser l'efficacité.

## CONTEXTE

Le Projet « Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale et de la santé et des droits sexuels et reproductifs » (SDSR) a été mis en œuvre par la *Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH* (GIZ) au Burundi sur financement du Ministère allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ). En partenariat avec le Programme national de santé de la reproduction (PNSR) du Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS), le Projet SDSR avait, entre autres, l'objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations en santé de la reproduction ainsi qu'à leur accessibilité.

A son début en 2013, il était observé dans le secteur de la santé un développement encourageant de certains indicateurs et spécialement en santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR). Mais dans les provinces d'intervention du projet (Gitega, Muramvya et Mwaro), les indicateurs étaient encore faibles.

Le Financement basé sur la performance (FBP), principal mécanisme développé pour améliorer la qualité des soins, a été, depuis 2010, généralisé au niveau national par le MSPLS. Le mécanisme FBP inclut des indicateurs aussi bien de la qualité technique que de la qualité perçue par la population. Cependant, en tant que stratégie de financement, le FBP n'a pas de mandat pour soutenir une démarche systématique pour améliorer la qualité des services.

La GIZ a donc souhaité mettre l'accent sur l'amélioration des processus et le développement des capacités. Ainsi le projet GIZ/Santé a opté pour une approche complémentaire, visant à mobiliser la motivation intrinsèque des équipes en faveur d'une culture de la qualité. Sur inspiration de l'approche « Amélioration systémique de la qualité – Concours qualité » développé par la GIZ en Guinée dans les années 2000, et après analyse des leçons tirées dans plusieurs pays l'ayant expérimentée, les partenaires burundais ont exprimé leur intérêt pour cette approche.

Le consensus fut celui d'expérimenter cette approche sous une forme plus légère en vue d'éviter la surcharge de travail aux équipes des centres de santé. Ainsi, par exemple, au Burundi les activités ciblaient un nombre limité de thématiques plutôt que l'ensemble du paquet minimum d'activités (PMA) du centre de santé.





## EVOLUTION DU CONCEPT DU CQ A TRAVERS TROIS EDITIONS

L'intervention repose sur une approche de management de la qualité s'inspirant des expériences réalisées avec l'appui de la GIZ dans d'autres pays (dont la Guinée, le Yémen et le Maroc). Cependant, ces interventions n'ont pas bénéficié d'une évaluation d'effets rigoureuse, de sorte que la GIZ et ses partenaires ne disposaient pas au moment de l'implantation du projet au Burundi de bases factuelles robustes sur les retombées d'une telle intervention.

Au démarrage du Projet SDSR, l'approche a bénéficié d'une évaluation scientifique de ses effets par un consortium entre l'Université de Montréal au Canada et l'Université Libre de Bruxelles (ULB) en Belgique. Cette évaluation scientifique a porté sur la première édition du CQ. Dans les cycles suivants du CQ l'accompagnement scientifique s'est poursuivi sous l'égide du Centre interdisciplinaire de recherche travail, état et société (CIRTES) de l'Université catholique de Louvain (UCL) en Belgique.

De 2013 à 2021, trois éditions du Concours qualité ont été organisées, à travers lesquelles la stratégie et la théorie du changement se sont raffinées – une évolution globale marquée surtout par un transfert progressif et complet des responsabilités des agents du projet aux Equipes cadres de district (ECD) pour la mise en œuvre de l'approche dans les centres de santé.

Cette boîte à outils présente donc une synthèse des leçons apprises durant presque une décennie d'expérience. Chacun des trois cycles a permis d'affiner la stratégie et de consolider les résultats.

### **1ère édition du CQ** (de mai 2014 à décembre 2015)

La première édition du « Concours qualité » a concerné 62 centres de santé (CDS) volontaires répartis dans cinq districts sanitaires des trois provinces d'intervention : Gitega, Muramvya et Mwaro.

Pour ce premier cycle deux thématiques à développer ont été choisies en concertation avec les partenaires de terrain : « Hygiène » et « Accueil » – des bases essentielles pour la qualité des services et qui concernent toutes les catégories professionnelles travaillant en CDS ainsi que la communauté.

Dans cette première édition du CQ l'accompagnement des équipes des CDS a été assuré directement par deux médecins Assistants qualité (AQ) recrutés par le projet.

Leurs visites régulières visaient à soutenir les équipes des CDS dans le processus d'amélioration en animant des discussions de groupe (coaching) avec toutes les catégories du personnel. Ce coaching avait des objectifs à la fois techniques (expliquer la démarche, les outils...) et relationnels (impliquer l'ensemble des personnels dans une démarche de groupe). L'appui des centres de santé par des AQ du projet avait aussi pour objectif de démarquer le coaching, basé sur la réflexivité et l'inclusion, de la supervision de routine, basée sur le contrôle hiérarchique. Les deux approches ont ainsi été menées parallèlement.





Le rapport d'évaluation de cette première intervention a fait ressortir un résultat clé :

- « Le coaching des équipes est un levier efficace pour impliquer l'ensemble des équipes et, à long terme, soutenir le développement des compétences. L'intérêt du soutien des équipes par un coaching in situ est de deux ordres. D'une part, il permet d'amorcer des dynamiques de groupes nouvelles, basées sur la concertation et la confiance. D'autre part, il s'adresse à une catégorie de personnels souvent exclus des formations mais qui représente aussi, en particulier dans les CDS ruraux, la mémoire institutionnelle des structures. Valorisés et renforcés dans leurs compétences, ces personnels d'appui ont ainsi l'opportunité de développer une identité professionnelle plus robuste qui est un socle fondamental de la construction d'une culture qualité. »

En fin du premier cycle de CQ, la recommandation suivante des évaluateurs a permis de faire évoluer les cycles 2 et 3 :

- « A court et moyen termes, un levier intéressant pour soutenir les changements amorcés est le relai de l'appui au niveau des cadres de districts. Il s'agira alors pour le projet GIZ de tirer profit de l'expertise acquise dans l'appui des équipes de CDS, pour désormais soutenir les cadres de district dans une transformation de leur rôle, évoluant du contrôle vers une attitude formative et collégiale, consolidant le développement des identités professionnelles et des démarches réflexives chez tous les personnels de CDS. »

## 2ème édition du CQ (de novembre 2016 à mai 2018)

En vue de consolider les acquis de la première édition du CQ et de renforcer les districts sanitaires pour son intégration et son appropriation, le CQ2 marque le début de **l'intégration de l'approche dans les Districts sanitaires (DS)**. Il a concerné 68 CDS volontaires, répartis dans les mêmes 5 DS que précédemment.

Tout en gardant le renforcement de l'hygiène et de l'accueil, le nombre de thématiques à développer est monté à cinq, avec l'ajout de la Planification familiale (PF), de la Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) et des Infections sexuellement transmissibles (IST).

Dorénavant les CDS étaient soutenus indirectement par le projet. Il s'agissait de remplacer les AQ du projet dans leur rôle de « coachs » auprès des CDS par les **superviseurs polyvalents des DS**, qui sont membres des ECD.

Cette transition n'allait pas de soi, car dans le système de santé burundais les supervisions du niveau district dans les CDS étaient plutôt des contrôles et moins des accompagnements formatifs. Le projet a ainsi utilisé la période de transition entre les deux éditions du CQ pour identifier les superviseurs les plus impliqués dans le changement de style des supervisions. Ces superviseurs ont été formés par le projet en tant qu'**Assistants Qualité du District Sanitaire (AQDS)** et sont devenus les coachs directs des équipes des CDS. Quant aux AQ du projet, leur rôle a évolué pour devenir des « Experts Qualité » (EQ), appuyant maintenant les Equipes cadres de district (ECD) dont les nouveaux AQDS.

## 3ème édition du CQ (de juillet 2019 à juin 2022)

L'intégration de l'approche au niveau des DS a été poursuivie pendant la 3ème édition du CQ avec deux objectifs :





- Soutenir l'autonomie des ECD à travers la simplification des outils, le séquençage, et la progressivité, et
- Faire converger les deux modèles de soutien (soutien réflexif et supervision de routine) en incluant tous les membres des ECD.

Dans cette troisième édition, un sixième district s'est ajouté aux cinq autres, et le nombre de CDS s'est élevé à 90.

L'option stratégique retenue d'organiser cette 3ème édition en deux séquences a permis de :

- Eviter une période de latence entre deux cycles et un ralentissement des dynamiques amorcées
- Permettre aux participants de faire un bilan à mi-parcours et encourager la poursuite des efforts
- Renforcer, pendant la 1ère séquence, les compétences de tous en travaillant autour des thématiques abordées lors des 2 éditions précédentes : PF, SSRAJ et hygiène.
- Consolider, pendant la 2ème séquence, les compétences acquises autour des thématiques de la 1ère séquence, auxquelles se sont ajoutées deux nouvelles thématiques : (1) la prise en charge intégrée des violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) et (2) la consultation prénatale recentrée (CPNR). Cette dernière est une thématique spécifique choisie par les acteurs des DS et des Provinces sanitaires (PS), faisant ainsi partie du processus d'autonomisation.

Tout en observant les mêmes principes et les différentes étapes du cycle d'un concours qualité, la 3ème édition a été mise à contribution pour assurer le transfert progressif des compétences en vue de l'autonomie des acteurs clés que sont les ECD et les équipes des CDS. De ce fait ils étaient responsabilisés dans le développement de la 3ème édition du CQ – notamment en ce qui concerne la conception des outils simplifiés, la formation et le suivi par les ECD d'une part et une bonne maîtrise des outils et des processus par les équipes des CDS d'autre part.

De plus, pendant cette 3ème édition, l'option d'introduire les outils de suivi digitalisés a été mise en œuvre à tous les niveaux. Ainsi, depuis la première séquence du CQ3, les données pour le monitoring ont été collectées par les AQDS en utilisant des tablettes. Les différentes bases de données ont contribué à mesurer les résultats et à évaluer les effets de l'approche.

L'[Annexe I-1](#) présente les acteurs clés de cette mise en œuvre de l'approche CQ-MQ au Burundi avec leurs rôles et responsabilités respectifs.

## RAISON D'ÊTRE DE CETTE BOÎTE À OUTILS

La présente boîte à outils vise à capitaliser de façon structurée les leçons tirées de cette expérience de management de la qualité dans les services de santé dans l'espoir qu'elles puissent servir à d'autres. Elle met ainsi à la disposition d'un public burundais et international des outils pratiques susceptibles de contribuer à la pérennisation de l'approche (là où elle est déjà implantée), à son éventuelle extension dans de nouvelles zones géographiques, ou à son adaptation dans un autre contexte.



# Chapitre 1

---

## Le concept



Rétroinformation à l'équipe du CDS Corner Stone par membres du jury © GIZ / Rukemampunzi Landry

## 1.1 Le concept du CQ en bref

L'approche intégrée de management de la qualité (« Concours qualité ») a pour objectif **d'améliorer la qualité des services** fournis dans les établissements de santé. Pour ce faire, elle agit sur la **motivation collective et individuelle** des prestataires et de leurs superviseurs en vue d'une **appropriation** solide et durable des attitudes et comportements contribuant à une « **culture de la qualité** ».

Comme indiqué par son nom, la stratégie d'entrée dans l'approche est basée sur l'organisation d'un concours entre structures de santé de même niveau, où toutes les structures participantes gagneront des prix en fonction des résultats obtenus en matière d'amélioration de la qualité. L'incitatif des **prix collectifs**, ainsi que **l'aspect ludique** de la compétition (« **gamification** »), en plus des orientations et outils fournis dans le cadre du CQ, motivent les individus à **travailler en équipe** dans cette recherche de l'excellence. Ainsi le CQ fonctionne à moyen terme comme un véhicule de *team-building*.

En concertation avec les cadres de district et du niveau central, un nombre limité de **thématiques** sont choisies pour être améliorées par les structures participantes durant le cycle CQ en cours. Ces thématiques – par exemple « hygiène » ou « accueil » – et leurs indicateurs sont choisis de sorte à **impliquer l'ensemble du personnel** de la structure de santé, y compris le personnel administratif, les auxiliaires de santé et ceux chargés du gardiennage et du nettoyage, et même la **communauté** desservie par la structure de santé à travers son comité de cogestion. L'inclusion de tous les concernés dans la résolution des problèmes est un principe fondamental de l'approche : Ainsi toutes ces personnes participent activement aux réunions d'analyse de la situation et d'**autoévaluation** avec le soutien bienveillant d'un « **coach** » membre de l'Equipe cadre de district (ECD). Tous les membres de l'équipe élargie de la formation sanitaire contribuent à mettre en œuvre le **plan d'amélioration convenu conjointement**. L'implication concrète de la communauté, par exemple en petits travaux ou nettoyage des alentours, est particulièrement cruciale pour assurer l'adhésion et la pertinence des activités mises en œuvre.

A la fin du cycle CQ – qui peut durer jusqu'à deux ans – un **jury** se rend dans le centre de santé pour partager avec l'équipe **les résultats issus de leur propre autoévaluation** ainsi que du **suivi effectué par leur coach** et calcule les **notes** pour chaque formation sanitaire. Le cycle se clôt avec une cérémonie de **remise de prix** où chaque structure participante reçoit des **équipements** selon son classement global dans le concours ainsi qu'un **certificat** reflétant le progrès réalisé sur les différentes thématiques. La cérémonie ainsi que les félicitations du jury et la reconnaissance des **autorités** renforcent le plaisir (aspect ludique) et la satisfaction au travail.

La **théorie du changement** qui sous-tend l'approche est axée sur **l'autonomisation** des équipes et des individus à travers le **renforcement des compétences** des Equipes cadres de district, qui à leur tour renforcent les compétences des équipes des formations sanitaires pour instaurer aux deux niveaux une **culture de la qualité**.



Cette approche de management de la qualité est bien plus profonde que la simple organisation d'un concours. Appuyée depuis ses débuts par **un accompagnement scientifique** pour le monitoring et l'évaluation des **effets**, elle repose sur six **piliers** :

1. La compétition positive – le jeu pour stimuler une émulation collective (« gamification »)
2. La « Roue de Deming » – un modèle simple de planification et de suivi de la mise en œuvre
3. Le coaching – un renforcement des compétences réflexif et autonomisant
4. La participation communautaire – l'orientation vers les besoins de la population
5. L'alignement sur l'existant – intégration dans le système de santé existant dans une perspective d'efficacité de l'aide
6. L'innovation digitale – accroître l'efficience avec les NTIC.

A la fin d'un cycle de CQ, on peut démarrer un nouveau cycle – ou bien poursuivre le **Management de la qualité (MQ)** en continuant d'appliquer les outils les plus importants introduits dans le CQ.

## 1.2 En savoir plus sur le concept du CQ

### Définition du Concours qualité

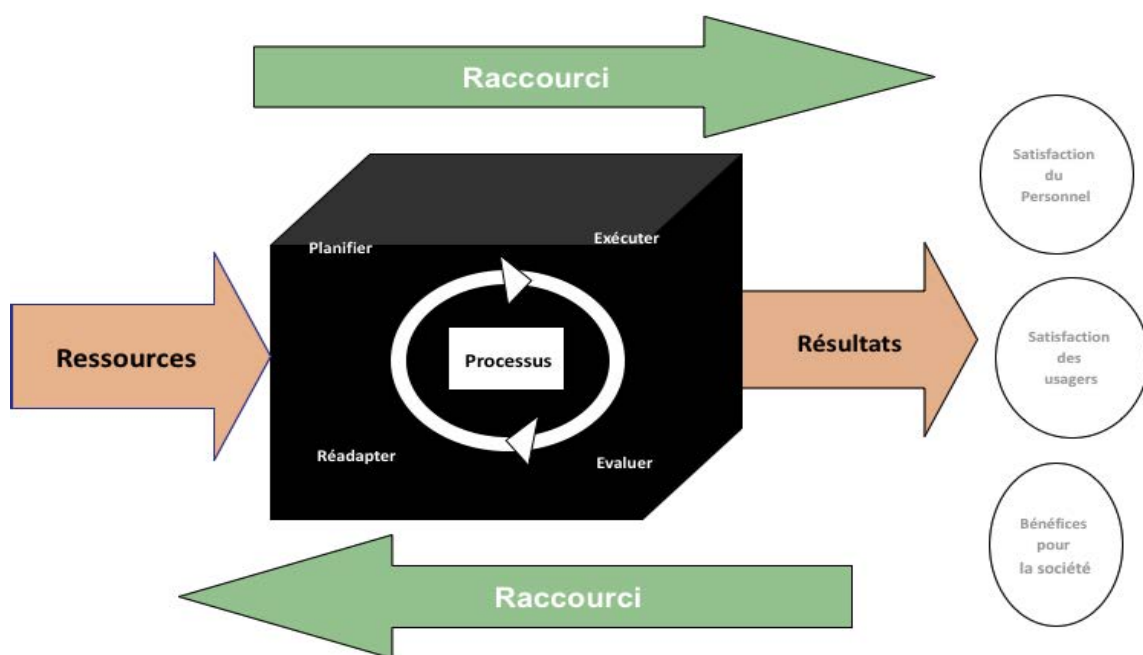
Le « Concours qualité » (CQ) est une démarche basée sur le Management de la qualité (MQ) qui cherche à améliorer d'une manière continue la qualité des soins et des services de santé. Elle s'adresse aux équipes des formations sanitaires et encourage celles qui veulent améliorer leur performance en participant dans un processus organisé de compétition positive.

Focalisé sur la qualité des processus, le Concours qualité vise à la fois le développement organisationnel et un meilleur fonctionnement de la structure. L'objectif est de partir des ressources et des potentialités existantes de la structure pour obtenir une amélioration rapide et efficiente de sa qualité. Par l'approche CQ, les équipes des formations sanitaires apprennent et initient des changements d'une manière participative afin d'améliorer la qualité des services.

Pour une entrée ludique en la matière, voir [Annexe I-2](#) : « Quiz sur les principes du management de la qualité selon l'approche CQ ».

### Philosophie du Concours qualité

La philosophie du Concours qualité trouve son fondement dans la capacité d'un système à transformer les ressources disponibles en des prestations de qualité, au moyen de la maîtrise des processus.





La gestion de la qualité passe nécessairement par une vision systémique qui repose sur le trio « Ressources, **Processus**, Résultats ». La qualité dépend de tous les trois, mais beaucoup de responsables et de prestataires ignorent le rôle des processus, imaginant un « raccourci » entre ressources et résultats. Ainsi, de façon erronée, la majorité des prestataires croient que l'abondance des ressources mène systématiquement aux bons résultats. Le « Concours qualité » se concentre sur les **processus** – cette dimension négligée de la qualité – pour apporter un complément important.

Pour apprécier le processus, l'approche utilise un outil simple de planification : la **Roue de Deming** (planifier, exécuter, évaluer, réadapter).

L'aspect ludique du Concours qualité introduit une approche de management de la qualité qui vise l'autonomisation des individus et des équipes avec comme principaux fondements :

- Le **leadership** : à travers le rôle d'un responsable « bon chef » qui « aide ses subordonnés à se considérer comme des éléments d'un système... », « un entraîneur et un conseiller, ... », un exemple positif pour la culture de l'organisation
- La **valorisation** des collaborateurs et de leurs compétences à travers une culture de reconnaissance du mérite, facteur de motivation pour les ressources humaines.
- La **motivation intrinsèque**, visant l'estime de soi : « Tout homme est né avec la motivation intrinsèque, l'amour-propre, la dignité, le désir de coopérer, la curiosité, le plaisir d'apprendre. » (W. Edwards Deming)

### Les six piliers du Concours qualité

Commençons par faire connaissance avec les six « piliers » sur lesquels repose le CQ, avant de les découvrir plus en détail dans les chapitres qui composent cette boîte à outils. Les voici en bref, avec leurs objectifs respectifs, leurs contraintes et leurs effets attendus. La synergie recherchée entre ces six piliers vise une efficacité et efficience accrue des actions en faveur de la qualité des services.

#### Les six piliers de l'approche intégrée de Management de la qualité (MQ) :

1. Compétition positive
2. L'utilisation de la Roue de Deming pour une amélioration continue de la qualité
3. Le coaching
4. La participation communautaire
5. L'alignement sur l'existant
6. L'innovation digitale



## Compétition positive - le jeu comme émulation collective

La compétition positive est fortement associée avec le Concours Qualité. Il récompense les **progrès réalisés** plutôt qu'un niveau atteint : Cette approche assure l'**équité** entre les structures participantes car les plus faibles ont plus d'opportunité de progrès, donc de gagner. L'équité est également favorisée par des concours qui regroupent des **groupes comparables**, comme les centres de santé d'un même DS.

**Toutes les structures participantes gagnent quelque chose** et non seulement les premières : Les récompenses finales sont proportionnelles au classement, mais les derniers reçoivent aussi des prix. **Les prix sont en nature**, choisis en concertation avec les partenaires en fonction des besoins réels des structures, et visent à aider ces formations sanitaires à améliorer leur fonctionnement.

Les **prix symboliques** sont tout aussi importants : certificat de participation, certificat d'honneurs pour les premiers au classement global et dans chaque thématique.

La **reconnaissance sociale** – particulièrement par les supérieurs hiérarchiques – est souvent encore plus motivante pour les individus que les prix décernés. Grâce au travail en équipe élargie, les chefs découvrent la personnalité et les qualités de leurs subordonnés, et les reconnaissent même en dehors du travail. Cette valorisation sociale est un levier important pour la satisfaction et l'engagement des travailleurs.

### Objectifs :

- Susciter l'adhésion, la motivation et l'engagement dans la démarche qualité
- Reconnaissance des efforts, satisfaction au travail.

### Contraintes :

- Nécessité de garantir l'équité, la justice et la transparence des résultats
- Effets contreproductifs délétères si ces aspects ne sont pas garantis : rumeurs de triche, démotivation, méfiance future sur une approche comparable, etc.
- Demande des ressources importantes en temps et ressources humaines.

### ATTENTION : Remarques importantes

Avant d'organiser un concours, la question des **ressources et de la faisabilité** doit être analysée minutieusement.

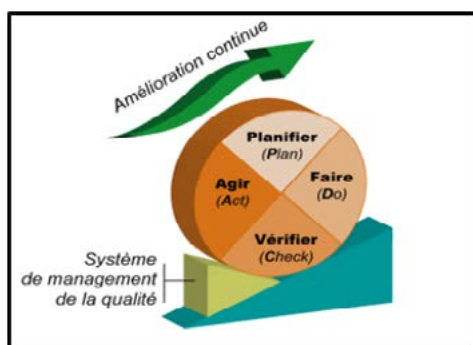
**Le concours reste une « enveloppe »**, un point d'entrée : un véhicule pour intéresser les participants et les introduire aux autres piliers. Cette enveloppe n'est **pas indispensable** pour la mise à l'échelle, ni pour l'approche du **Management de la qualité** (MQ).

## Amélioration continue de la qualité avec l'utilisation de la Roue de Deming

Une fois les thématiques choisies, le processus d'amélioration de la qualité dans ces domaines passe par un travail intensif **d'autoévaluation** par l'ensemble de l'équipe de la formation sanitaire plus le COSA – pour faire une analyse lucide de la situation de départ comme base pour un **plan d'amélioration impliquant tout le monde**. Dans le processus de réflexion

et de mise en œuvre de son plan, l'équipe **est accompagnée par son coach** (l'AQDS) et utilise des outils pratiques et simples pour structurer sa réflexion :

- Des grilles d'autoévaluation (AE) axées sur les indicateurs des thématiques respectives
- Le modèle de la Roue de Deming (RD) qui donne des repères à l'équipe en divisant le cycle de management de la qualité en quatre étapes :



- Planification de l'initiative
- Mise en œuvre
- Vérification
- Ajustement de la mise en œuvre

**Objectifs :** Proposer un modèle simple d'amélioration continue de la qualité. La RD est applicable à tout objectif d'amélioration continue de la qualité, quel que soit le domaine. C'est un outil à faire tourner en permanence (gestion quotidienne) et incorpore une « cale » pour éviter de retomber en arrière. Elle facilite l'analyse des processus et oblige à faire le suivi, à vérifier que les actions mises en œuvre permettront d'atteindre les objectifs d'amélioration visés – et de réajuster au besoin.

**Effets attendus :**

- Autonomisation des équipes
- Acquisition des compétences d'analyse de situation, de planification, de suivi et de réajustement.

## Coaching : une approche participative et réflexive de renforcement des compétences

Contrastant avec la supervision « classique », souvent crainte par les supervisés comme un « contrôle » critique qui motive à « éviter l'erreur » plutôt qu'à encourager le bon travail, le rôle du **coach** est d'orienter et de **renforcer les capacités sur place** dans les établissements participants au CQ. Les visites régulières du coach permettent de garantir que tout le personnel, y compris le personnel de soutien, reçoive un renforcement des compétences (RC) ciblé sur **la situation concrète de leur propre structure de santé** et de leur travail de tous les jours.

Le coaching permet non seulement de se pencher sur les réels défis quotidiens du personnel, mais également **d'éviter les inconvénients** de la pratique habituelle de regrouper certains cadres pour une **formation en externe** : mesure coûteuse qui perturbe le fonctionnement de la structure de santé par l'absence de ces cadres, et souvent inefficace car les personnes formées partagent rarement ce qu'elles ont appris avec leurs collaborateurs. Le coaching, par contre, en impliquant l'ensemble du personnel, renforce la **cohésion de l'équipe** ainsi que les compétences du **personnel d'appui**, qui – dans un contexte de mutations fréquentes des cadres – est le plus susceptible de rester durablement dans la structure de santé et d'en devenir en quelque sorte la « mémoire ». Le travail d'équipe permet, en particulier, l'émergence d'un engagement collectif.



**Objectifs :** Le coaching est une stratégie de renforcement des capacités sur place et en continu, régulier et transversal, qui s'adresse à toute l'équipe. Il vise, non seulement à améliorer la performance, mais à promouvoir l'autonomie de planification et d'action de l'équipe comme des individus qui en font partie.

**Principes :** Au cœur du coaching il y a la notion de **réflexivité** :

- Le coach accompagne sans se substituer à la réflexion de l'équipe.
- Il respecte le processus de renforcement des capacités (RC) et le besoin de temps pour progresser.
- Il soutient l'autonomie des équipes : de l'analyse de la situation à la prise de décision et jusqu'à la mise en œuvre des engagements pris par eux-mêmes.
- Le coaching s'adapte aux réalités diverses, aux situations vécues, aux priorités et aux ressources.

**Effets attendus :**

- Acquisition des savoirs importante, surtout chez les personnels moins qualifiés.
- RC significatif des 50%-60% de personnels faiblement qualifiés, qui n'ont pas accès à la formation mais qui ont pourtant des rôles stratégiques pour la qualité au CDS (accueil, hygiène).
- L'attention du coach et des cadres dans le travail d'équipe donne une forme de reconnaissance, une valorisation très motivante pour ces travailleurs.
- Les effets observés varient en fonction des compétences et de l'expérience des coaches.

**Effets démontrés :**

Durant les trois éditions du Concours qualité au Burundi, l'évaluation scientifique a pu mettre en évidence l'efficacité du coaching comme stratégie pour le renforcement des compétences et le développement d'une dynamique collective.

Dans la logique d'un mode de leadership participatif, l'approche soutient très fortement le travail d'équipe. Elle renforce la cohésion et réduit les barrières et inégalités sociales par la reconnaissance de l'expertise de chacun. Ceci renforce la motivation, la satisfaction au travail, l'engagement et l'estime de soi des individus composant l'équipe et leur donne la confiance de bien faire leur travail et de s'engager dans un processus de RC mutuel avec leurs collègues.

La spirale positive, encouragée par le coach, s'accroît et contribue à des changements en matière de :

- Organisation du travail : responsabilisation, délégation des tâches, clarté des rôles, répartition des tâches, aide mutuelle et spontanée
- Fluidification des relations : barrières socio-professionnelles moins rigides, rapprochement des personnes, humilité, bienveillance, solidarité
- Limitation des effets de la mobilité du personnel (particulièrement des personnes plus qualifiées)
- Durabilité des changements, en particulier des processus (organisation du travail, attitudes...).



## Participation communautaire : l'orientation vers les besoins

Une structure de santé existe pour répondre aux besoins de la communauté qui l'entoure. La communication réciproque et la confiance mutuelle sont essentielles pour la bonne marche de cette structure. Au Burundi cette relation vitale avec la communauté est organisée à travers les organes de cogestion que sont les **comités de santé** (COSA) des formations sanitaires. Le COSA – et à travers lui la communauté – est pleinement intégré dans le processus CQ : Il y apporte un soutien essentiel, en participant aux autoévaluations des formations sanitaires et à la mise en œuvre de leurs **plans d'amélioration** (souvent avec des contributions en matériels ou en main d'œuvre).

### Objectifs :

- Orientation vers les besoins et la satisfaction de la population
- Implication de la communauté dans la vie de sa structure de santé.

**Principes :** L'Inclusivité et la participation communautaires, dimension essentielle du Management de la qualité, sont assurées via les COSA, à travers :

- L'inclusion des COSA dans les réunions d'équipe
- Le RC continu des COSA
- La reconnaissance de leur rôle, leur participation aux analyses et à la planification
- Participation des COSA aux actions mises en œuvre.

Dans le CQ la participation communautaire est valorisée :

- Comme indicateurs dans les grilles d'autoévaluation (AE)
- Comme changements validés (ex : mécanismes d'écoute et de réponses aux besoins)
- Dans le calcul des notes du CQ en tant qu'une des trois racines de la qualité (soit 10% des points de classement).

### Effets attendus :

- Amélioration du système « écoute-réaction »
- Adéquation besoins-offres (qualité)
- Accessibilité au sens large : acceptabilité, disponibilité...

## Alignement sur l'existant : l'intégration de l'approche

L'approche CQ s'insère dans un **système de santé existant dans une optique d'efficacité de l'aide** et vise à en améliorer la qualité et le rendement. C'est une évidence que l'approche doit s'intégrer dans cette réalité, en s'alignant avec les structures et mécanismes en place, pour avoir un impact et une perspective de pérennisation. Il faut éviter de créer des structures parallèles qui seraient en concurrence avec les structures actuelles, et éviter de promouvoir des standards d'une structure de santé « idéale » – qui n'étant pas réalistes, seraient un facteur de démotivation pour les partenaires.



**Objectifs :** Agir positivement sur le système existant en s'appuyant sur les ressources qu'il offre (ex. les COSA) et en soutien aux Responsables nationaux des niveaux opérationnel et central.

**Principes :** L'alignement sur l'existant implique une recherche permanente de complémentarité (respect des déclarations Paris-Accra et Busan sur l'efficacité de l'aide), qui se matérialise par :

- Alignement des outils, en particulier les grilles d'AE, qui utilisent au maximum les indicateurs FBP et/ou les normes et référentiels qualité du Ministère
- Alignement du suivi des visites de coaching sur les rapports de supervision (éviter un double travail pour les AQDS)
- Soutien réflexif basé sur les outils existants
- Stratégies de RC : utilisation des modules de formation et des ressources humaines du Ministère
- Choix des thématiques en fonction des priorités (participation des DS au choix).

**Effets attendus :**

- Efficacité d'une intervention travaillant en synergie avec les éléments du contexte
- Donne du « sens » aux exigences :
  - De l'intervention, qui est « insérée dans « l'existant », « ancrée dans le vécu »
  - Des partenaires (ex : les grilles d'AE ont permis de donner du sens aux indicateurs du FBP)
- Meilleure appropriation par les partenaires
- Ambition, à long terme, d'institutionnaliser l'approche.

## L'innovation digitale : les NTIC

Pour le management dans tous les domaines les nouvelles techniques de l'information et de la communication (NTIC) sont devenues incontournables. Le management de la qualité dans le domaine de la santé n'y fait pas exception.

Les gains en efficacité, et la maîtrise d'un volume important d'informations sont sans commune mesure avec l'époque bientôt révolue d'une administration basée sur le papier. Pour appuyer de façon efficiente l'approche CQ, notamment le monitoring de routine et la préparation des rapports de coaching, les AQDS ont été outillés de tablettes et d'un logiciel de récolte de données. Utilisées durant le troisième cycle du CQ pour suivre des visites de coaching et des indicateurs des thématiques choisies pour le concours, les tablettes ont ensuite été reprogrammées pour refléter le paquet minimum d'activités (PMA) des CDS (conformément au principe de l'alignement) et s'intègrent ainsi encore mieux aux dispositifs de monitoring des DS.

**Objectifs :**

- Monitoring de routine en temps réel
- Innovation digitale en accord avec l'évolution globale
- Alléger le travail de rapportage (moins de rapports papiers long à écrire, difficiles à analyser).

**Contraintes :** Dû au caractère novateur de l'approche, il n'y avait pas encore de dispositif de niveau central directement utilisable pour programmer les tablettes. Il faut aussi tenir compte du temps d'adaptation des utilisateurs à cette stratégie innovante. Le logiciel libre choisi (EPI-INFO) s'est avéré insuffisamment adapté et source de difficultés techniques.

**Effets attendus :**

- Facilite le suivi et la réactivité
- Grâce à l'alignement sur les outils du DS (rapport visite), les données peuvent alimenter aussi le DS (analyse périodique et prise de décision de l'ECD) :
  - Plus d'informations harmonisées et systématisées
  - Plus régulières
  - Plus accessibles (comparées aux rapports écrits et narratifs)
  - Plus globales (fusion des bases de données)
  - Moins de pertes d'information (délai raccourci entre activités et rapportage, donc moins de biais de mémorisation)
  - Gain de temps et d'énergie (consacré à l'écriture et la lecture de rapports narratifs), ce qui donne plus de temps disponible pour l'analyse
- Permet l'évaluation
- Permet la production de résultats « objectifs » qui facilitent la prise de décision, ainsi que le plaidoyer.

**L'analyse des effets de l'approche CQ-MQ**

L'accompagnement scientifique du processus a permis une analyse minutieuse de ses effets en relation avec les objectifs visés. Cette analyse, présentée au [Chapitre 8](#), confirme d'un côté l'efficacité de l'approche pour d'importantes dimensions de la qualité comme l'amélioration des compétences et le renforcement du travail d'équipe. De l'autre côté l'analyse établit un excellent coût-efficacité de l'approche (hors « compétition positive ») prometteur pour une pérennisation de cette stratégie de management de la qualité basée sur les cinq autres piliers.



# Théorie du changement de la mise en capacité

## Pourquoi ?

- Illustre de façon synthétique la stratégie et l'intervention
- Présente les activités principales et les principales hypothèses de résultats
- Permet de communiquer et d'échanger avec les partenaires

## Quoi ?

- *Les activités du projet*  
Les activités du projet visent la mise en capacité des Assistants qualité de District sanitaire (AQDS) via :
  - des renforcements de compétences directs (formations...), indirects (outils de feed-back) et un coaching continu (approche réflexive) ;
  - des appuis au fonctionnement des Districts sanitaires.
- *Les effets directs sur les Equipes cadres de district (ECD)*
  - L'acquisition des compétences en Management de la qualité (MQ) ainsi que le soutien à la motivation et aux conditions de travail
  - Encourage l'application puis l'appropriation des outils de MQ et du style participatif réflexif lors des visites de soutien
- *Les effets indirects sur les équipes des centres de santé*
  - Le développement d'un travail d'équipe basé sur une participation collective intégrant les COSA nourrit une dynamique d'équipe soutenante et inclusive.
  - L'esprit d'équipe permet la mise en capacité collective grâce à une meilleure collaboration au travail et par la transmission-acquisition des savoirs à l'intérieur de l'équipe.
  - Dans cette dynamique, la motivation est renforcée par la satisfaction au travail et la reconnaissance de chacun (par les supérieurs hiérarchiques, les pairs et les usagers).
  - Grâce à cette dynamique positive, l'équipe reste engagée pour réaliser les changements nécessaires à l'amélioration de la qualité.
- *Les impacts visés auprès de la population*  
L'amélioration de la qualité conduit à une plus grande satisfaction des usagers des formations sanitaires et à terme à une augmentation de la fréquentation.

➤ Les activités stratégiques

- Les renforcements des compétences au niveau des outils et des thématiques permettent aux ECD et aux équipes des centres de santé d'acquérir les bases et de s'engager dans le processus.
- La compétition positive est un incitant initial (motivation, engagement) et nourrit, à la fin du cycle, la reconnaissance et la satisfaction.
- La synergie avec le mécanisme national de Financement basé sur la performance (FBP) est double :
  - Les primes FBP permettent les investissements pour les changements.
  - L'amélioration de la qualité contribue à obtenir un meilleur financement qui représente aussi une forme de récompense rapide pour les efforts fournis.

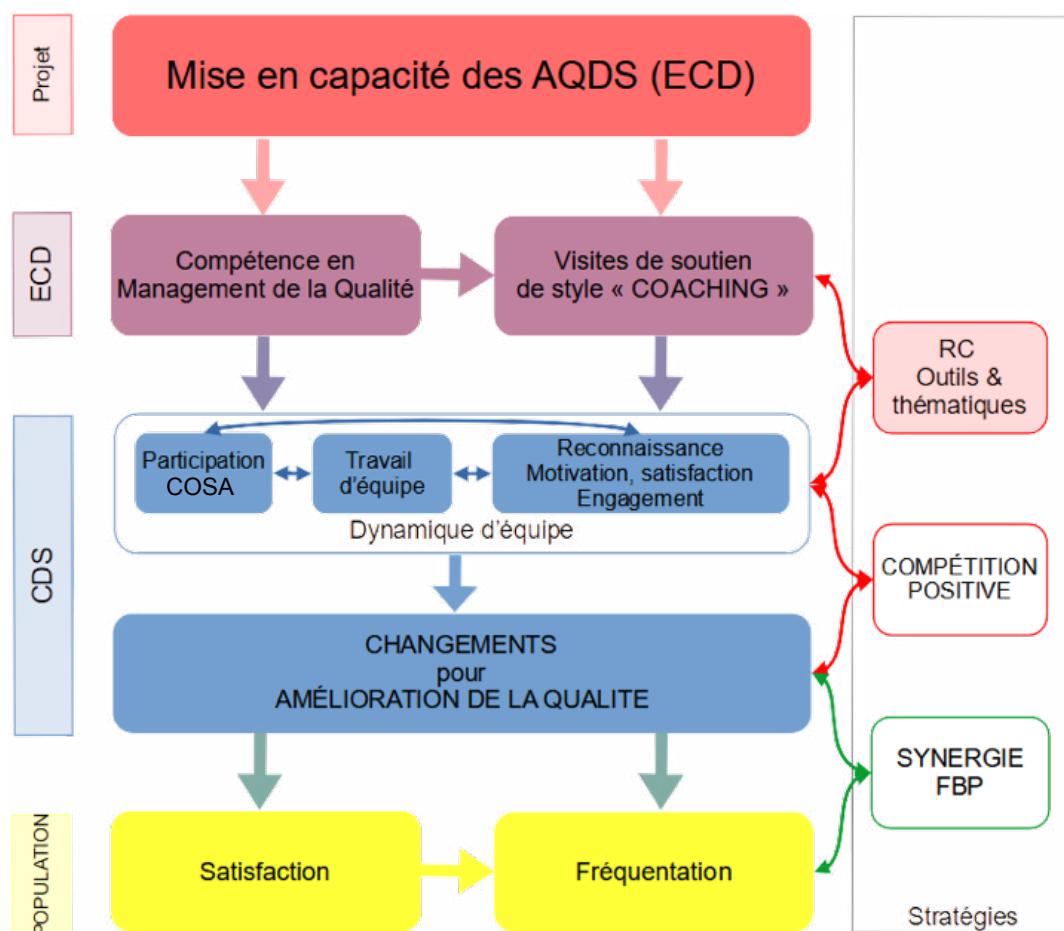


Figure 1: Théorie générale du changement dans l'approche CQ (version synthétique)

Pour plus d'informations, voir les annexes :

[I-1. Acteurs clés de la mise en œuvre de l'approche](#)

[I-2. Quizz sur l'approche CQ-MQ](#)

[I-3. Théorie du changement - mise en capacité](#)

# Chapitre 2

## La compétition positive



Remise des prix du CQ2 aux CDS du District sanitaire de Fota © GIZ / Rukemampunzi Landry

## 2.1 La compétition positive en bref

Dans le cadre de l'approche intégrée de management de la qualité, le pilier « compétition » est un **véhicule ludique** pour promouvoir la qualité des services de santé en suscitant une compétition positive entre des unités de même niveau, par exemple entre les centres de santé (CDS) d'un même district sanitaire (DS). Dans l'approche appelée « **Concours qualité** » (CQ), la compétition n'est **pas une fin en soi**, mais un point d'entrée dans l'approche du **Management de la qualité** (MQ) pour asseoir une **culture de la qualité** dans les services de santé, au niveau des unités de soins mais également au sein des Equipes cadres de district (ECD).

Une compétition n'est **pas indispensable** pour introduire le Management de la qualité. Organiser une compétition (« Concours qualité ») dans le cadre de l'approche intégrée de management de la qualité représente tout un processus complexe et coûteux. Avant d'organiser une telle compétition, la question des **ressources disponibles et de la faisabilité** doit être analysée minutieusement afin d'assurer la transparence, la justice et l'équité des résultats. Un concours qui ne remplit pas ces conditions risque d'être contreproductif (perte de confiance dans les résultats, désengagement et démotivation...).

### En quoi consiste le Concours Qualité ?

Le CQ utilise une approche de « **gamification** » – une compétition positive entre pairs couronnée par le décernement de prix – pour rendre plaisant l'effort requis pour améliorer la qualité des services offerts dans une formation sanitaire. Les équipes des unités de soins participantes focalisent leurs efforts sur un **nombre restreint de thématiques** considérées comme prioritaires dans le district sanitaire. Le CQ encourage le développement de **l'esprit d'équipe** au sein de l'unité de soins, ainsi que la participation active de la communauté, et requiert un leadership et un engagement de toute l'équipe de la formation sanitaire (y compris du **personnel de soutien et des représentants de la communauté à travers le COSA**), appuyés par un coaching de soutien de la part de l'ECD. Le CQ vise à :

- Susciter l'adhésion, la motivation et l'engagement des participants dans la démarche qualité
- Promouvoir la reconnaissance des efforts, la satisfaction au travail.

La participation au CQ est **volontaire** et toutes les structures participantes gagnent quelque chose – il n'y a aucune sanction pour une performance « décevante ». Le concours est basé sur les principes de **l'équité, de la transparence, et du progrès réalisé** plutôt que le niveau atteint : Il n'y a pas de « perdants ». Les **prix décernés** ne sont pas individuels mais des équipements destinés à améliorer les conditions de travail de l'équipe dans son ensemble, identifiés par un sondage des participants.

### Quelles sont les étapes du CQ ?

1. Annonce du concours et recueil de candidatures de même niveau au sein d'un **même DS**
2. **Formation sur place** de chaque équipe au complet en préparation pour sa participation au concours, notamment par rapport aux thématiques qui seront travaillées et **leurs indicateurs**

- 
3. **Auto-évaluation** initiale par l'équipe de leur situation de départ avec élaboration d'un **Plan d'amélioration**, accompagnée par **l'Assistant qualité du district sanitaire** (AQDS)
  4. Mise en œuvre du Plan avec l'appui de la **communauté** représentée par son Comité de santé (COSA), accompagnée par le **coaching** de l'AQDS
  5. Auto-évaluation finale de l'équipe pour constater les progrès avant la cérémonie des prix
  6. Monitoring/gestion des **bases de données** (BDD) : suivi des visites (extraction des résultats en rapport avec les racines de qualité), grilles d'autoévaluation (AE), mesure des progrès réalisés par les formations sanitaires
  7. Pondération des changements et **classement** des structures
  8. Passage dans chaque structure du **jury** constitué des partenaires principaux du CQ
  9. Cérémonie de remise formelle des résultats de classement et prix.

### Quels sont les principes du classement ?

Les formations sanitaires sont comparées au sein d'un même DS (pour tenir compte de l'effet « contexte » au sens large). Pour l'équité, le classement est basé sur les progrès et non sur le niveau final. Il y a un classement **global** (1er, 2e et 3e prix), mais aussi **par thématiques**, et toutes les unités reçoivent des prix **proportionnellement à leur rang** dans le classement.



## 2.2 En savoir plus sur la compétition positive dans le CQ

Dans le développement de son concept de compétition positive, le Projet SDSR a tiré profit des leçons de la **science émergente de Gamification**. Cette approche, de plus en plus utilisée comme outil de management dans différents secteurs, s'adresse à **l'instinct ludique** (l'appréciation du jeu) de l'être humain pour **stimuler** motivation, engagement, loyauté, participation, esprit d'équipe, apprentissage, productivité ou autre attitude/comportement souhaité au service d'une cause ou d'une organisation donnée. Les stratégies de *gamification* appliquent des **systèmes de récompense** particuliers et sont renforcées par l'accumulation de points, de classements et, le cas échéant, de badges ou certificats. L'approche ludique spécifique adoptée dépendra du domaine d'intervention et ses objectifs, du contexte et du groupe ciblé, et le design profitera aussi de l'apport de **l'informatique**, avec sa capacité d'analyser de grands volumes de données pour en tirer des rétroinformations permettant **d'ajuster l'approche** au cours de sa mise en œuvre.

Bien qu'organiser une compétition ne soit pas indispensable pour introduire une approche de Management de la qualité, le concours peut donner un **coup de pouce concret** au lancement d'une telle approche en focalisant l'attention des équipes sur l'importance des services de qualité et en stimulant par la compétition la motivation et l'habitude de bien faire. Le CQ permet de mettre en mouvement des **boucles de rétroactions positives** : Par exemple, la motivation contribue à la réalisation des changements ; lesquels contribuent à la satisfaction au travail ; qui nourrit en retour la motivation des individus et des équipes.

### Principes de base de la compétition dans le cadre de l'approche intégrée de management de la qualité

Dans le cadre du CQ, une compétition positive et volontaire est organisée entre des formations sanitaires de même niveau avec ses aspects ludiques :

- Compétition pour le **plaisir** (comme une compétition sportive)
- **Chaque équipe** participante va gagner quelque chose
- Les différentes situations de départ sont prises en compte : ce sont **les progrès** qui comptent
- Les prix en soi ne sont pas l'élément central : Ce qui importe est de **participer** – comme pour le sport de masse.

Le CQ, incluant le pilier « compétition positive », intègre en fait une variété de **récompenses de natures différentes** pour mousser la motivation des participants :

- Récompenses matérielles : les prix de fin de cycle
- Récompenses symboliques : les certificats, la reconnaissance par les supérieurs hiérarchiques et par les pairs
- Récompenses indirectes : la satisfaction et une fréquentation accrue des usagers, effet de la qualité améliorée des services.



Le fait de **mesurer le progrès plutôt que le résultat** permet :

- L'**équité** : Le CQ favorise les structures les plus faibles (puisqu'elles ont plus de possibilités de progresser) alors que les structures déjà avancées sont récompensées par d'autres mécanismes comme le Financement basé sur la performance (FBP)
- La **complémentarité** avec des stratégies basées sur l'atteinte d'un niveau (comme le FBP ou l'accréditation via les normes internationales ISO). Même sans atteindre le niveau souhaité, une équipe peut beaucoup progresser et être récompensée pour ses efforts, ce qui l'encourage à son tour.

Le CQ vise une motivation et un apprentissage basés sur l'émulation, l'engagement, l'esprit d'équipe, la satisfaction, la reconnaissance et l'estime de soi au travail.

### Principes d'adhésion au CQ

Comme exprimé dans le formulaire d'adhésion (voir [Annexe II-1](#)), l'adhésion au CQ est **volontaire**. Le représentant de la structure sanitaire atteste avec sa signature que :

- Son service a été informé du concours
- Son équipe est informée des thématiques choisies par le DS pour être renforcées dans le cadre du concours
- Son unité de soins a décidé de participer volontairement à la présente édition du CQ.

Les équipes sont libres de quitter le processus à tout moment.

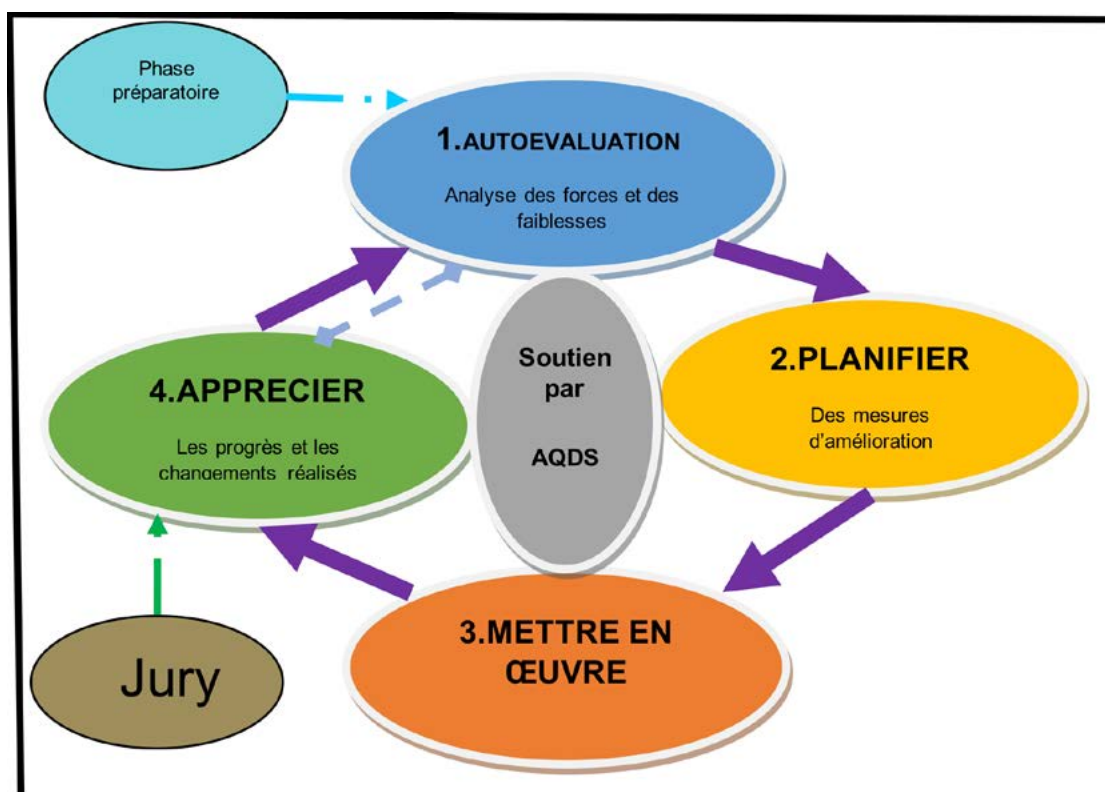
### Préparation du concours

Avant de démarrer le CQ il y a un travail préalable qui incombe surtout aux **Responsables de la santé aux niveaux province et district**. Comme le concours ne porte pas sur l'ensemble du PMA mais se focalise sur certaines thématiques prioritaires, c'est à ces Responsables de se concerter sur le **choix de ces thématiques**, dépendant de leur importance pour la santé, la satisfaction des usagers des services et des **objectifs d'amélioration**.

Le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS) est associé au processus car il prescrit les **normes et standards** de qualité à remplir pour chacune des thématiques. Ces normes et standards sont la référence pour l'élaboration par les Responsables de province et de DS des **outils d'évaluation et d'auto-évaluation** à utiliser par les structures participantes au concours (voir [Chapitre 3](#)).

Finalement, une **formation initiale** pour les structures participantes est organisée au niveau du District sanitaire, regroupant au moins deux cadres de chacune. Cette formation servira à expliquer en détail le fonctionnement du CQ et surtout de former/recycler les participants à l'analyse de problèmes et au développement de solutions. D'autres thèmes abordés sont les principes de base du management d'une formation sanitaire et comment faire une autoévaluation en équipe. Les responsables des structures sont sensibilisés à l'intérêt d'inclure **l'équipe complète** (y compris le personnel de soutien), et d'associer les **représentants de la communauté** à travers la structure de cogestion qu'est le Comité de santé (COSA), à toutes les activités d'évaluation, planification et mise en œuvre du plan d'amélioration.

## Etapes du cycle d'un concours qualité



### Les étapes essentielles du concours qualité

sont : (1) l'autoévaluation, (2) la planification des mesures d'amélioration, (3) la mise en œuvre des mesures d'amélioration et (4) l'appréciation des progrès et des changements réalisés par les équipes. Avant de procéder à l'autoévaluation, il y a une phase préparatoire pendant laquelle les équipes sont informées des thématiques qui feront objet du concours afin d'y adhérer en connaissance de cause, et préparées au processus à travers des ateliers de renforcement de leurs compétences. Durant tout le cycle du CQ, les équipes participantes sont soutenues par l'AQDS et les autres membres de l'ECD.

### Déroulement du cycle du CQ

Au lancement du concours, l'équipe élargie de la formation sanitaire – incluant le personnel de soutien et les membres du COSA – procèdera à son **autoévaluation initiale** à l'aide des grilles d'autoévaluation développées pour les **thématiques** respectives. Sur cette base elle proposera des mesures d'amélioration ciblant ces thématiques. Une fois ce **plan d'amélioration** développé, l'équipe recevra la première visite de l'AQDS pour l'aider à approfondir son analyse des résultats de l'autoévaluation et pour encourager des mesures efficaces et réalistes. A la fin de cette visite, un **document consensuel** est établi qui résume les résultats de l'autoévaluation ainsi que les mesures d'amélioration envisagées.

Plus fondamentales encore que les thématiques sanitaires ciblées, trois « **racines** » pour le Management de la qualité doivent être mises en valeur par l'équipe : le **travail d'équipe**, l'implication de la **communauté**, et l'intégration du **modèle Roue de Deming (RD)** pour la gestion de la qualité.



Tout au long du processus, les équipes des CDS bénéficient d'un accompagnement par les ECD, dès la première autoévaluation (analyse de la situation et élaboration du Plan d'amélioration), durant la mise en œuvre des mesures d'amélioration, jusqu'à l'appréciation des progrès par les CDS à la deuxième AE, ou autoévaluation finale.

La **durée d'un cycle** de CQ doit être assez longue pour permettre aux structures de faire des changements (au moins un an), mais pas si longue que les « récompenses » du classement seraient dans un futur trop lointain (maximum 2 ans).

### Le jury

Un jury *ad hoc* est composé des membres des ECD (AQDS), des équipes cadres des provinces sanitaires et des représentants du niveau central (PNSR et DAS), ainsi que des membres de l'équipe du projet. Ces membres du jury sont répartis en équipes de **cinq personnes par district sanitaire** en respectant le principe de **croisement** entre les DS et Provinces sanitaires pour observer la neutralité lors de l'appréciation des progrès.

Le rôle essentiel du jury est **d'évaluer les progrès** réalisés par les équipes des formations sanitaires dans la mise en application des éléments essentiels de la qualité et d'en **dresser le profil** en attribuant des points à chaque dimension. Le profil « qualité » de chaque formation sanitaire est visualisé sous la forme d'une « [fleur de qualité](#) » dont les racines représentent le travail d'équipe, la participation communautaire et l'utilisation de la Roue de Deming, la longueur respective des tiges reflète la progression effectuée sur chaque thématique, et la taille des fleurs montre l'ampleur des changements réalisés par thématique.

Pour dresser ce profil, le jury se base sur l'analyse des questionnaires administrés aux équipes des CDS, leurs grilles d'autoévaluation initiale et finale, et les rapports de monitoring préparés par les AQDS à travers les visites de soutien réflexif aux CDS (voir [Chapitre 4](#)).

# Une « Fleur de la qualité » pour refléter le progrès des formations sanitaires

Les résultats de toutes les structures participantes sont comparés pour établir leur **classement** en fonction des efforts fournis et des résultats obtenus.

L'appréciation des progrès et le classement final s'appuient sur un score correspondant à la somme des points obtenus sur quatre aspects :

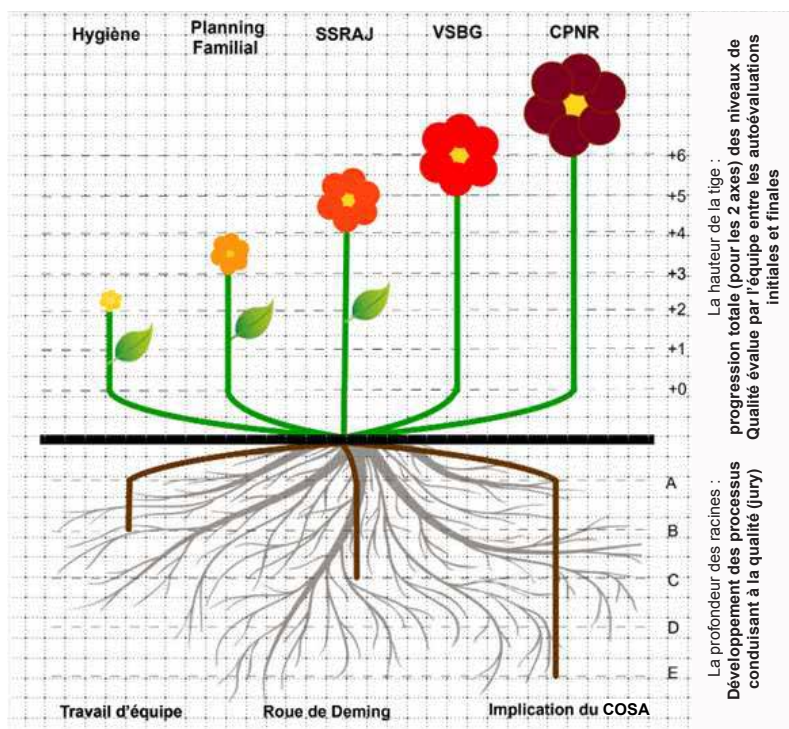
- **Changements** validés sur base des mesures d'amélioration mises en œuvre
- **Progression** entre les auto-évaluations initiale et finale
- **Régularité** de cette progression pour les thématiques ayant bénéficié d'une autoévaluation intermédiaire
- **Racines** de la qualité/éléments essentiels (travail en équipe, utilisation de l'outil de gestion de la qualité, participation communautaire).

Les éléments d'appréciation considérés pour ces quatre aspects sont illustrés sous forme des **parties d'une plante** et leur pondération tient compte des efforts réalisés en termes d'intensité, durabilité et visibilité.

Pour les trois racines qui comptent pour 30% des points, les éléments d'appréciation portent sur :

|                                  |                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Travail d'équipe                 | Participation moyenne aux réunions lors de x visites de soutien réflexif<br>Implication du personnel d'appui aux réunions lors des visites de soutien réflexif<br>Régularité de la participation |
| Intégration de la Roue de Deming | Utilisation de l'outil de gestion de la qualité lors de la mise en œuvre du CQ<br>Utilisation de l'outil de gestion de la qualité en dehors du CQ                                                |
| Participation COSA               | Participation aux réunions<br>Activités COSA dans le cadre du CQ                                                                                                                                 |

Par rapport aux thématiques, les éléments d'appréciation considérées et illustrées par les tiges (le progrès mesuré par les autoévaluations), les feuilles (la régularité des progrès) et les fleurs (le progrès en matière de changements réalisés) comptent pour 70% des points.



- **Fleurs** : Changements dans les thématiques validés sur base des mesures d'amélioration mises en œuvre
- **Tiges** : Progression entre les auto-évaluations initiale et finale
- **Feuille** : Régularité de cette progression pour les thématiques de la séquence 1 ayant bénéficié d'une autoévaluation intermédiaire
- **Racines** de la qualité /éléments essentiels (travail en équipe, utilisation de l'outil de gestion de la qualité, participation communautaire)

En conclusion, la **notation des thématiques** est basée sur les progrès réalisés plutôt que sur le niveau atteint, ce qui donne un avantage aux équipes qui ont commencé au niveau le plus bas, ayant ainsi le plus grand potentiel d'amélioration. Toutes les structures participantes reçoivent des prix, **proportionnellement** à leur classement dans le DS. (Pour plus d'informations voir [Annexe II-2 Outils de rétroinformation](#) et [Annexe II-3 Stratégie classement des CDS](#)).



## Rétroinformation aux équipes et remise formelle des résultats et des prix

Pour améliorer une performance, la rétroinformation d'un observateur externe est indispensable pour permettre aux concernés de prendre connaissance de leurs forces et faiblesses et introduire les ajustements et corrections pertinents. Les visites de rétroinformation par les membres du jury aux équipes des formations sanitaires participant au CQ s'inscrivent dans cette perspective. Il s'agit d'un cadre d'échanges où tous les membres de l'équipe de la formation sanitaire sont informés des progrès réalisés et bénéficient de la part du jury des encouragements et des suggestions visant l'amélioration continue des prestations. (Voir [Annexe II-4 Concept jury](#))

En vue de **promouvoir la reconnaissance des efforts et l'estime de soi**, des événements de remise formelle des résultats finaux et prix sont ensuite organisés par les provinces sanitaires et les districts sanitaires concernés.

Ces événements regroupent les représentants des formations sanitaires y compris les membres des COSA, les représentants de l'administration communale et provinciale ainsi que les autorités sanitaires au niveau province et districts sanitaires.

## Stratégie des récompenses

Les prix ne sont **pas monétaires**. Ils sont décernés aux structures et non aux individus – une mesure qui vise à **renforcer la cohésion** de l'équipe. Toutes les structures participantes reçoivent des récompenses sur la base de leur classement dans le district. Il y a différentes sortes de récompenses, qui sont susceptibles de motiver aussi bien l'équipe que les individus qui la composent :

- **Prix utiles** pour le fonctionnement des services de santé : des matériels et équipements choisis sur la base d'un sondage auprès des équipes
- **Récompenses symboliques**, par exemple :
  - Plaquette de participation pour tous les CDS participants
  - Certificats de mérite pour les CDS occupant la 1ère position par thématique

Il y a aussi des **récompenses indirectes** qui découlent de la participation au CQ, dont :

- **La satisfaction des usagers** qui résulte de l'amélioration des services
- Le rapprochement avec la communauté pour une collaboration fructueuse
- La bonne réputation de la structure et de ses agents
- La **reconnaissance du personnel de soutien** comme membres de l'équipe par les supérieurs hiérarchiques
- La fierté de contribuer à l'amélioration des indicateurs du DS.

Dans le contexte burundais, un élément supplémentaire de motivation est fourni par le **mécanisme de Financement basé sur la performance** (FBP), qui paie des subsides aux formations sanitaires en fonction de leurs résultats en matière de qualité. Les structures ayant participé au CQ constatent qu'elles ont un **net avantage** pour leur préparation à l'évaluation qualité dans le cadre du FBP, étant donné que dans l'approche MQ les efforts d'amélioration sont continus et non « des changements qui sont opérés la veille de l'évaluation ».



## ATTENTION : Remarques importantes

### Conditions à respecter pour la mise en place d'un concours

Un CQ incluant le volet « compétition » avec tous les aspects de monitoring et d'évaluation requis est complexe et coûteux à organiser. Une fois lancé, le processus doit suivre son cours dans de bonnes conditions pendant un an ou plus. C'est ainsi qu'avant d'organiser un concours, la question des **ressources et de la faisabilité** doit être analysée minutieusement.

Pour un bon déroulement d'un cycle de CQ il faut tenir compte, entre autres, de la nécessité de garantir l'équité, la justice et la **transparence** des résultats. Si ces aspects ne sont pas garantis, il y a un danger d'effets contreproductifs délétères : Des rumeurs de triche, la démotivation, et la méfiance peuvent compromettre le succès de l'initiative.

**Surtout, organiser un cycle de CQ demande des ressources importantes** en temps et en ressources humaines (RH). Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, ce ne sont pas les prix (équipements et matériels pour les structures participantes) qui coûtent le plus cher. C'est surtout l'infrastructure pour assurer un classement équitable et juste qui est coûteuse en ressources, notamment humaines (voir coûts estimatifs au [Chapitre 8](#)).

S'il n'est pas matériellement possible d'organiser un CQ, **il faut retenir que le concours reste une « enveloppe »**, un point d'entrée : un véhicule pour intéresser et transmettre les autres piliers du Management de la qualité (MQ). Cette enveloppe n'est **pas indispensable** pour l'approche MQ.

Pour davantage d'informations, voir les annexes :

- [II-1 Modèle formulaire d'adhésion au CQ](#)
- [II-2 Outils pour la rétroinformation](#)
- [II-3 Stratégie classement des CDS](#)
- [II-4 Concept jury et logistique rétroinformation](#)
- [II-5 Liste initiale CDS participants au CQ3](#)

## 2.3 Cultiver la motivation en dehors du pilier « compétition »

Un **Management de la qualité** (MQ) est ce qui est vraiment visé par l'approche CQ. Mais après – ou en dehors de l'organisation d'une compétition positive – comment entretenir la motivation à maintenir des services de bonne qualité ?

**Les autres piliers** de l'approche MQ, qui requièrent beaucoup moins de ressources que l'organisation d'un concours, peuvent être maintenus et adaptés (voir chapitres 3 à 7) :

- La gestion de la formation sanitaire en équipe élargie **en se basant sur la RD** facilite le travail et les bons résultats – ce qui est motivant en soi.
- Le coaching, échange réflexif si **inspirant** avec l'ECD, peut déteindre sur la supervision de routine pour continuer à encourager le bon travail (des modalités de rapprochement entre les deux approches sont déjà préconisées : voir [Chapitre 4](#)).
- Les bienfaits réciproques d'une collaboration rapprochée entre formation sanitaire et **communauté** peuvent continuer en dehors d'un CQ.
- Les activités et thématiques du CQ étant déjà alignées sur les normes et outils existants du système de santé, le contexte est propice pour le **maintien d'une culture de la qualité**.
- Les NTIC, si utiles aux AQDS pour le recueil d'informations sur les thématiques du CQ, peuvent être mises à contribution pour créer des outils pratiques pour saisir les données sur l'ensemble du **Paquet minimum d'activités** (PMA).

Pour l'aspect spécifique de la motivation au bon travail, l'expérience du CQ a permis d'identifier **plusieurs leviers** qui ne nécessitent pas l'organisation d'un concours, notamment les « **récompenses indirectes** » mentionnées ci-avant.

En l'absence des prix matériels du CQ, **la synergie avec le FBP** apparaît comme d'autant plus importante (voir [Chapitre 6 – L'alignement sur l'existant](#)). La synergie avec le FBP est comprise dans les deux sens. D'une part, l'amélioration de la qualité et par là de la fréquentation permet d'obtenir de meilleurs scores de qualité. D'autre part, comme cela a déjà été observé dès la 1ère phase de l'intervention, les subsides FBP permettent de financer de nouveaux changements, dans une dynamique positive **d'investissement dans la qualité**. En fait, les Plans annuels d'activités des CDS dépendent des financements FBP pour leur mise en œuvre.

# Chapitre 3

## Les outils du Management de la qualité



Mise en œuvre du Plan d'amélioration par les moyens propres du CDS de Fota : nouvelle zone déchets © GIZ / Cyprien Mbonyingingo

## 3.1 Outils du Management de la qualité (MQ) en bref

Pour créer et entretenir une culture de la qualité dans les services de santé, il faut des outils performants qui **maintiennent des processus axés sur l'amélioration** au sein de l'équipe. En même temps **ces outils doivent être simples**, pour éviter de créer de lourdes tâches administratives qui pourraient réduire la disponibilité des équipes à **mettre en œuvre les améliorations** visées dans leur travail.

Dans le cadre de l'approche intégrée de Management de la qualité (MQ), trois outils ont permis aux équipes des formations sanitaires d'ouvrir la « boîte noire » des processus et de s'attaquer à ces processus souvent ignorés pour l'amélioration de la qualité :

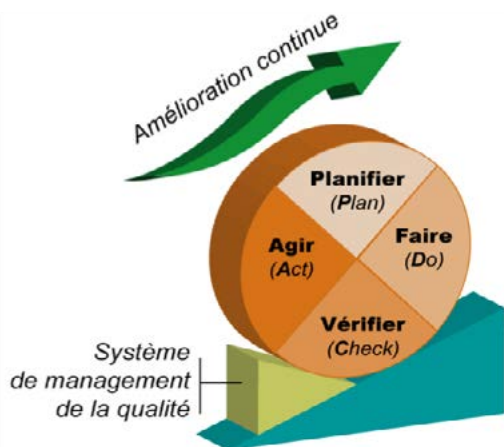
- La **Roue de Deming** (RD), un modèle simple de planification, structure la pensée pour la prise en compte des **processus**.
- Les **grilles d'autoévaluation** (AE) focalisent l'attention des équipes sur les services à améliorer dans leurs différentes dimensions.
- Le **plan d'amélioration et de mise en œuvre** constitue un outil central dans le suivi des processus.

Ces trois outils **se complètent** et interagissent à différentes étapes du processus d'amélioration de la qualité. Le **plan d'amélioration** donne le cadre pour la mise en œuvre des mesures décidées. C'est à l'étape de mise en œuvre des mesures d'amélioration que les équipes font tourner la Roue de Deming à plusieurs reprises. **Les grilles d'AE** sont remplies lors de **l'analyse initiale de la situation** et à des moments charnières du processus pour évaluer l'atteinte des résultats. Les outils qui questionnent et renseignent sur les processus sont les analyses de situation et les plans d'amélioration. Le focus est sur la **qualité du processus**, et moins sur le résultat atteint.

Basés sur les **normes et critères existants** et la situation réelle du service de santé, ensemble ces trois outils visent à promouvoir la prise de conscience et **responsabilisation de l'équipe** pour la mise en œuvre du plan d'amélioration qu'elle a elle-même conçu pour répondre aux défis qu'elle a elle-même identifiés.

### La Roue de Deming (RD) : focus sur les processus

Pour refléter cette **dynamique d'amélioration continue**, l'approche promeut l'intégration dans la **gestion quotidienne** des formations sanitaires d'un management de la qualité basé sur le schéma simplifié de la roue de Deming avec ses **quatre étapes 'Plan-Do-Check-Act' (PDCA)**. La RD est un outil simple et adaptable, **mobilisable** par toute personne et dans tous les domaines (y compris en dehors du travail). Un individu seul peut aussi appliquer la RD, par exemple pour un projet personnel.



### 1. 'Plan' (P) : La planification des mesures d'amélioration

décidées librement par l'équipe sur la base d'une autoévaluation ; réalisables avec les ressources disponibles

### 2. 'Do' (D) : La mise en œuvre des activités planifiées

en vue d'une amélioration continue, efficiente et pérenne des services et focalisée sur la qualité des processus (organisation du travail, rôles professionnels, travail d'équipe...)

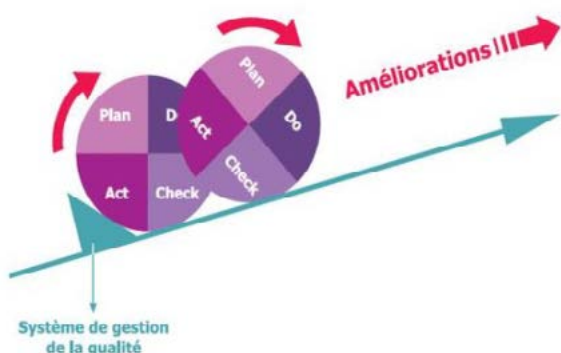
### 3. 'Check' (C) : La vérification dans le but d'établir le lien entre l'état de réalisation des activités planifiées et l'atteinte des objectifs ou changements visés.

### 4. 'Act' (A) : L'action à mener à la suite des leçons tirées en vue de réajuster le plan de mise en œuvre et améliorer la performance pour atteindre les changements ou objectifs visés.

## La Roue tourne

Cette roue symbolique de Deming est un outil adaptable qui s'intègre aussi bien dans le processus de planification annuelle que dans la gestion quotidienne des structures de soins et des districts sanitaires. Chacun de ses quatre secteurs représente une étape sur le chemin de l'amélioration de la qualité :

1. On commence par planifier (P) ce qu'on veut réaliser
2. On met ce plan en œuvre (D)
3. Après un certain temps on vérifie (C) si nos objectifs sont atteints, et si non pourquoi ?
4. Si nécessaire, on agit (A) en prenant des mesures correctives pour arriver au résultat et s'assurer que cet acquis demeurera stable.



La roue aura fait alors **une rotation** : de la planification à l'action, à la vérification et à la correction.

Sous la roue **la cale** représente les **mesures de gestion de la qualité** introduites qui traduisent les avancées acquises et qui **stabilisent** le niveau de qualité atteint.

## Les grilles d'autoévaluation : se situer par rapport aux objectifs d'amélioration

La Roue de Deming ne tourne pas dans le vide. Elle reflète les étapes dans la mise en œuvre d'un **projet concret** d'amélioration, dont le contenu naît de la **réflexion sincère** de l'équipe chargée de fournir le service sur la **situation réelle** par rapport aux **normes et standards** prévus par le système de santé.



La grille d'autoévaluation (AE) est **l'outil de référence** qui permet d'évaluer le niveau initial puis, au cours du cycle de vérifier si les mesures entreprises ont eu les effets escomptés. Dans le cadre de la RD la grille AE est remplie **au début de l'étape de planification** (P), et encore lors de la **vérification** (C) pour mesurer le degré d'avancement sur les différents **indicateurs** retenus.

La grille AE est un outil **simple à remplir**, qui structure la **réflexion en équipe** – que ce soit au niveau d'un service de santé ou d'une équipe de gestion. Dans le cadre du Concours qualité (CQ) des grilles AE ont été développées pour les différentes **thématiques** visées par ce concours (voir exemples en [Annexes III-1](#) et [III-2](#)), mais des grilles AE peuvent être **conçues pour tout objectif d'amélioration de la qualité**. Notamment elles peuvent être utilisées comme :

- Outil d'AE pour les équipes
- Sources de données des niveaux de départ et d'arrivée (classement au CQ)
- Sources de données pour l'évaluation des effets d'une intervention.

La grille AE est un outil pratique qu'une **équipe de gestion peut elle-même élaborer**, en s'alignant sur les normes et standards existants. [L'Annexe III-3](#) présente un **Guide d'orientation en autoévaluation** pour une équipe de formation sanitaire, et [l'Annexe III-4](#) montre les étapes à suivre pour **construire une grille AE**.

### **Le Plan d'amélioration : un guide pour mettre en œuvre les mesures décidées**

Le plan d'amélioration est une **œuvre collective** de l'ensemble de l'équipe de la formation sanitaire, y compris le personnel d'appui et les représentants de la communauté (COSA). Il émane de **l'analyse initiale de la situation** faite conjointement par tous les membres de cette équipe élargie. Le plan d'amélioration porte sur les thématiques choisies et résume les **actions convenues par l'équipe** lors du remplissage des grilles AE y afférentes.

Le plan d'amélioration inclut les éléments qui permettent à l'équipe d'avoir une vision claire de leur rendement actuel, du **niveau de qualité souhaité**, des **obstacles** qui empêchent d'être au niveau souhaité et des **changements** que l'équipe peut opérer pour atteindre les objectifs visés. Le plan indique également l'échéance prévue pour exécuter la mesure planifiée et le ou la **responsable** désigné(e) parmi les membres de l'équipe pour le suivi de chaque mesure, selon un canevas simple et pratique pour chaque thématique.

Le projet du plan d'amélioration préparé par l'équipe bénéficie ensuite d'un appui de l'AQDS / de l'ECD pour vérifier l'objectivité de l'AE et la réalisabilité et efficacité des mesures préconisées. A la fin de cette visite, un document consensuel qui résume les résultats de l'autoévaluation ainsi que les mesures d'amélioration envisagées sera établi : le plan d'amélioration définitif.



## 3.2 En savoir plus sur les outils du MQ

La RD, le plan d'amélioration, les grilles AE et les analyses de situation jouent un rôle de premier plan dans **une démarche d'amélioration de la qualité mettant l'accent sur les processus**.

### Comment ces outils appuient-ils la gestion quotidienne du service de santé ?

La RD, les grilles AE et les plans d'amélioration sont des outils qui aident les équipes à **faire des adaptations nécessaires** selon les situations pour arriver à l'objectif visé, comme illustré par **l'exemple réel suivant**.

Lors de l'élaboration de son plan d'action annuel, l'équipe d'une formation sanitaire a relevé comme défi lors de l'analyse de la situation que le **triage des déchets** n'était pas effectué correctement. La raison identifiée par l'équipe était l'absence d'un nombre suffisant de **poubelles** dans les différents services. Ainsi, ils ont décidé de planifier l'achat des poubelles (**P - Plan**). Pendant la mise en œuvre, 12 poubelles ont été achetées (**D - Do**). En faisant le suivi, l'équipe de la formation sanitaire a constaté qu'il n'y a toujours pas eu d'amélioration dans le triage des déchets. En poursuivant la réflexion en équipe, ils ont identifié que tout le **personnel** n'est pas formé sur la séparation et que les responsabilités pour le processus de gestion des déchets – dès la production jusqu'à l'élimination – n'avaient pas été établies (**C - Check**). Ainsi, ils ont planifié et exécuté des séances de **renforcement des compétences** (RC) de tout le personnel sur la gestion des déchets biomédicaux, et **les rôles et responsabilités** ont été définis (**A - Act**).

Grace aux compétences acquises et à la prise de responsabilité de **toute l'équipe**, la gestion des déchets a été améliorée. L'équipe a décidé de poursuivre cette tâche avec le même élan – **d'encadrer les nouveaux personnels**, de renouveler les poubelles selon les besoins... – et elle a mis en place un **système de suivi** pour garantir la continuité de la qualité en ce qui concerne la gestion des déchets biomédicaux (**Cale**).

### Les champs d'application de la RD, des grilles d'AE et des plans d'amélioration

**Outils souples**, la RD, le plan d'amélioration et les grilles AE se prêtent à toute situation où il est question de poursuivre activement un **projet d'amélioration**. Ainsi ils permettent aussi bien de suivre **une problématique spécifique** comme la gestion quotidienne des déchets dans un centre de santé qu'une planification annuelle **plus globale**.

Dans chaque situation la 'roue' du MQ tournera **au rythme pertinent pour le défi en question**. Par exemple, pour résoudre le problème des déchets, nous avons vu que la 'roue' a fait une révolution complète en un laps de temps assez court, en approfondissant la réflexion pour une résolution plus efficace du problème. Ceci n'est pas à confondre avec le cycle du concours, qui peut durer d'un an à 18 mois : Pendant le CQ, les équipes doivent **faire tourner plusieurs fois la RD** pour atteindre les objectifs d'amélioration spécifiques des différentes thématiques. Il y va de même pour le processus de **planification annuelle** des formations sanitaires, où les équipes se sont également approprié ces outils simplifiés de planification et suivi de la mise en œuvre : Les 'roues' des problématiques spécifiques tourneront chacune à son rythme dans le cadre général donné par le plan annuel.



Quittant le niveau des formations sanitaires, **leurs superviseurs aux niveaux district et province** ont également intégré ces outils de gestion de la qualité dans leurs processus de planification annuelle des DS et des Provinces sanitaires en vue de leur pérennisation.

**A tout niveau** auquel ces outils sont appliqués, ils aident l'équipe à :

- **Approfondir l'analyse de la situation** en faisant ressortir les vrais défis/problèmes et la priorisation de ces problèmes et de leurs causes en faisant participer tous les acteurs clés.
- **Concrétiser la planification** : La roue aide à vérifier si les mesures planifiées répondent aux problèmes prioritaires ; si elles sont réalistes et réalisables avec les moyens disponibles ; et elle aide à préciser les responsabilités et le chronogramme.
- **Gérer la mise en œuvre** : La roue aide à faire le suivi de l'exécution des mesures, à analyser leur pertinence par rapport à l'objectif visé et au contexte pendant la mise en œuvre, et à réajuster et agir selon les résultats du suivi.
- **Assurer la pérennité des changements** grâce à la « cale » – les mesures introduites pour empêcher la « roue » de revenir en arrière.

Le point de départ du processus est d'avoir une **analyse de la situation** aussi précise et objective que possible. Cette démarche d'auto-appréciation doit inclure **tous les membres de l'équipe** et dans la mesure du possible les représentants de la communauté comme le COSA.

Cette analyse commune de la situation se fait à l'aide des grilles AE. Celles-ci renforcent **la cohésion** et l'équité entre tous les membres de l'équipe (voir [Encart AE](#)), car le remplissage de chaque indicateur est **une décision commune de toute l'équipe élargie** : si c'est validé ou non, et les arguments pourquoi.

Selon le même principe de **favoriser la responsabilisation de l'équipe** au complet, les indicateurs de la grille AE sont **formulés à l'actif**, soulignant que l'équipe est actrice du changement : par exemple, 'L'équipe prend des mesures pour que l'aménagement des horaires soit adapté aux jeunes' – plutôt que simplement 'L'aménagement des horaires est adapté aux jeunes'. Cette formulation met l'accent sur le processus et souligne la démarche collective. Ainsi, ce qui est évalué n'est pas l'indicateur lui-même mais **les mesures prises par l'équipe** pour l'atteindre. Donc ce qui est valorisé dans l'approche est la « cale » que l'équipe a mise, c'est-à-dire la mesure qui assurera que l'indicateur sera toujours validé (et non pas qu'il est validé aujourd'hui ou quand les superviseurs passent).

Ces trois outils – la RD, le Plan d'amélioration et les grilles AE – visent à renforcer les équipes dans leurs **capacités d'analyse et d'opérer des changements**, ainsi que dans la **prise d'initiatives**. Ils laissent beaucoup de place pour la **créativité des équipes**, car même si les thématiques du CQ sont données, les équipes sont **libres de proposer** les mesures d'amélioration qui leur semblent les plus prometteuses en fonction de leur analyse de la situation. Ainsi chaque plan d'amélioration est **différent**, et les grilles d'AE laissent une marge pour les initiatives des équipes à tous les niveaux de progression – y compris un « Niveau 5 » ouvert, sans indicateur, pour une équipe qui a réussi à valider les niveaux 1 à 4.



## Canevas du plan de mesures d'amélioration

A l'issu de l'autoévaluation, des mesures d'amélioration sont proposées et sont réajustées au fur et à mesure de leur mise en œuvre. Un canevas est proposé pour faciliter l'établissement des mesures d'amélioration.

| Thématique : _____ |                       |                         |                             |                                                     |                                   |                                            |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| Axe d'amélioration | Niveau actuel par axe | Niveau souhaité par axe | Causes principales retenues | Mesures proposées pour atteindre le niveau souhaité | Echéance (délai de mise en œuvre) | Responsable (pour suivre la mise en œuvre) |
|                    |                       |                         |                             |                                                     |                                   |                                            |
|                    |                       |                         |                             |                                                     |                                   |                                            |
|                    |                       |                         |                             |                                                     |                                   |                                            |
|                    |                       |                         |                             |                                                     |                                   |                                            |

## Canevas Suivi des engagements

Un autre outil pratique de management de la qualité est le Canevas de suivi des engagements, un aide-mémoire qui peut être rempli à chaque réunion d'équipe et permet de focaliser la planification des mesures :

| Engagements pris | Actions mises en œuvre | Défis | Solutions envisagées |
|------------------|------------------------|-------|----------------------|
|                  |                        |       |                      |
|                  |                        |       |                      |
|                  |                        |       |                      |
|                  |                        |       |                      |

Mais ce sont les grilles d'autoévaluation (AE) qui donnent la base concrète pour toute la planification et l'action de l'équipe pour renforcer la qualité des services dans le domaine des thématiques jugées prioritaires.

# AUTOÉVALUATION

## Autoévaluation c'est quoi ?

L'autoévaluation est une démarche qui permet à l'équipe de faire une analyse des forces et faiblesses du fonctionnement de leur structure et de réfléchir sur les mesures adéquates en vue de maintenir les performances et de relever les faiblesses.

## Le rôle de l'autoévaluation



L'autoévaluation est l'étape primordiale pour tout processus visant l'amélioration de la qualité. Elle doit se faire par l'équipe elle-même et non par quelqu'un de l'extérieur. En effet, personne ne connaît mieux le fonctionnement d'une formation sanitaire que son équipe. C'est, d'ailleurs, la condition pour trouver des mesures d'amélioration adaptées et réalistes. Ceux qui font le diagnostic seront aussi ceux qui prescriront le « traitement ».

Cette démarche d'auto-appréciation doit inclure tous les membres de l'équipe et même les représentants de la communauté afin de :

- Avoir une vue complète sur toutes les dimensions du travail – « personne ne sait tout mais tout le monde sait quelque chose »
- Equilibrer les points de vue « personnels » pour avoir une compréhension moins subjective
- Renforcer l'adhésion de tous au processus – c'est plus facile de participer à un travail d'amélioration si l'on a aussi participé au diagnostic.

## Comment se fait une autoévaluation ?

L'autoévaluation implique toute l'équipe, quels que soient les rôles et le niveau de formation :

- Tout le monde connaît des aspects particuliers et peut enrichir la discussion pour avoir une vision réaliste de la situation
- Chacun sera impliqué dans les mesures d'amélioration

Pour répondre à n'importe quel enjeu, les capacités à s'autoévaluer sont nécessaires. Le facilitateur ou l'encadreur n'est là qu'en soutien.

Pour que le soutien soit efficace, il faut que l'équipe ait commencé son autoévaluation avant la première visite du facilitateur ou encadreur.

L'équipe dans son ensemble prépare son autoévaluation en organisant des discussions de groupe.

## Outil pratique pour faciliter le processus d'AE : la grille d'autoévaluation

Il est nécessaire de mettre à la disposition de l'équipe des outils pratiques qui peuvent l'aider dans cette démarche. La grille d'autoévaluation est un outil qui remplit deux missions :

- a) **Evaluative** : pour l'autoévaluation des CDS et pour le classement dans le cadre du CQ. Deux aspects sont évalués :
  - o **L'atteinte d'objectifs opérationnels** et
  - o **Les moyens déployés** par les équipes pour atteindre leurs objectifs.
- b) **Pédagogique** : La grille fait partie des documents supports de l'approche de MQ et doit contribuer à aider les équipes à comprendre la démarche. C'est-à-dire que non seulement les niveaux de qualité doivent refléter une gradation qui a du sens mais aussi, dans sa forme, l'outil doit correspondre à la philosophie et à la logique de l'intervention.

Les éléments constitutifs d'une grille d'AE :

| Axe :                                                                           |                        |                                                                                                                             |     |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|
| Correspond à un objectif d'amélioration visé en vue de se conformer aux normes. |                        |                                                                                                                             |     |           |
| Niveaux                                                                         |                        | Indicateurs                                                                                                                 | AE1 | Arguments |
| Niveau 1                                                                        |                        | Au moins un indicateur du Niveau 2 est manquant ou incomplet                                                                |     |           |
| Niveau 2                                                                        |                        | L'équipe prend des mesures pour que :                                                                                       |     |           |
|                                                                                 | 1.                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                    |     |           |
|                                                                                 | 2.                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                    |     |           |
|                                                                                 | 3.                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                    |     |           |
| Niveau 3                                                                        |                        | En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :                                          |     |           |
|                                                                                 | 1.                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                    |     |           |
|                                                                                 | 2.                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                    |     |           |
|                                                                                 | 3.                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                    |     |           |
| Niveau 4                                                                        |                        | En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :                                          |     |           |
|                                                                                 | 1.                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                    |     |           |
|                                                                                 | 2.                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                    |     |           |
|                                                                                 | 3.                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                    |     |           |
| Niveau 5                                                                        |                        | En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité. |     |           |
|                                                                                 | Décrivez ces mesures : |                                                                                                                             |     |           |
|                                                                                 |                        | <input type="checkbox"/>                                                                                                    |     |           |

**Niveaux** : permettent d'apprécier le degré de performance pour chaque axe. Ils correspondent à une logique d'amélioration continue, où la qualité est pensée comme un processus qui n'a pas de fin. Ces niveaux sont donc incrémentiels, c'est-à-dire qu'on ne peut valider un niveau que si on valide le ou les niveaux précédents dans leur ensemble.

Chaque axe prévoit 5 niveaux qui regroupent chacun différents indicateurs sauf pour les Niveaux 1 et 5 qui n'ont pas d'indicateurs.

Un niveau de qualité est validé lorsque les 3 indicateurs qui le décrivent sont atteints.

**Indicateurs** : Les indicateurs de mesure (des ressources, des processus et des résultats) décrivent les situations (par rapport au niveau de qualité) qui peuvent être retrouvées dans les structures de santé à l'égard de la mise en œuvre des procédures normatives. Ces indicateurs sont de style binaire : ils sont soit présents soit absents.

**AE1** : indique l'autoévaluation concernée. AE1 correspond à la première autoévaluation

**Arguments** c'est une case prévue pour décrire les procédures entreprises ou en cours qui peuvent justifier pourquoi l'indicateur est validé.



Pour plus d'informations sur l'autoévaluation, voir annexes :

- [III-1 Grilles AE en français](#)
- [III-2 Grilles AE en kirundi](#)
- [III-3 Guide d'AE pour l'équipe d'une formation sanitaire](#)
- [III-4 Guide d'élaboration d'une grille AE](#)



# Chapitre 4

## Le renforcement des compétences



Expert qualité accompagne AQDS en visite de *coaching* au CDS Munyinya © GIZ / Cyprien Mbonyingingo

## 4.1 Le renforcement des compétences (RC) pour le MQ en bref

**L'humain** est au cœur du Management de la qualité (MQ). Des services de santé améliorés dépendent des **compétences renforcées** – des prestataires, du personnel d'appui, des gestionnaires et de leurs superviseurs.

Le rôle central du renforcement des compétences (RC) dans la stratégie de MQ est mis en vedette dans sa [Théorie du changement \(ToC\)](#). Celle-ci dessine clairement aussi la relation entre **deux niveaux** ayant des responsabilités bien différentes :

- L'équipe de la formation sanitaire, qui doit offrir un **service de qualité**
- L'ECD (et par extension le niveau provincial et même national), qui doit **fournir le nécessaire à cette équipe** pour qu'elle puisse remplir cette ambition.

En résumé, la responsabilité de l'équipe du service de santé est de **faire**, tandis que celle de l'ECD – leurs superviseurs et encadreurs – est de **faire faire**. Cette distinction implique qu'à chacun de ces deux niveaux les compétences à renforcer seront **différentes** – en partie, car pour appuyer l'équipe du service de santé **les superviseurs du niveau DS doivent maîtriser tous les contenus** qu'ils veulent **transmettre** au niveau prestataire. En plus et surtout, l'ECD doit avoir les compétences nécessaires pour **réussir cet encadrement**. C'est ainsi que dans la ToC le RC du Projet cible **directement** les membres des ECD, et à travers eux **indirectement les équipes des formations sanitaires**.

### Différentes compétences pour services de santé et ECD...

Les compétences à renforcer au niveau des **équipes des formations sanitaires** sont axées sur **l'amélioration des services**. Elles incluent :

- Le travail en **équipe**
- La maîtrise technique des **thématiques** de santé
- La maîtrise et l'utilisation des outils de MQ
- L'**application active** de la Roue de Deming pour la planification et le suivi des activités.

Au niveau des ECD – et plus spécifiquement des **AQDS** (Assistants qualité des DS) – les compétences à renforcer incluent :

- La maîtrise de tout ce qu'ils doivent transmettre aux formations sanitaires
- L'acquisition des **capacités techniques, relationnelles et de leadership** en MQ
- La **conception** et l'utilisation des outils de MQ
- L'application et l'appropriation du **style participatif** dans le coaching et le soutien réflexif aux équipes des services de santé.
- La maîtrise des **outils de gestion administrative** (canevas de rapports)

### ...Mais les mêmes stratégies de RC pour les deux niveaux

Les stratégies de RC sont les mêmes, mais – reflétant les **contenus différents** – elles sont **traduites différemment** selon les deux cibles :

- 
1. Formations initiales et spécifiques
  2. « Faire faire » : autonomisation
  3. Coaching
  4. Partages d'expérience
  5. Feedbacks
  6. Travail d'équipe.



## 4.2 En savoir plus sur les stratégies de RC dont le coaching

L'approche intégrée de management de la qualité (MQ) vise la valorisation et le renforcement des **compétences des personnels**, et surtout leur **motivation intrinsèque** par l'autonomisation, la satisfaction au travail et l'estime de soi. Les stratégies de renforcement des compétences (RC) visent aussi bien la dimension du **développement des ressources humaines** que celle du **développement organisationnel**. Ceci vaut à la fois pour les **équipes des formations sanitaires** (chargées de fournir des services de qualité) et pour **les ECD**, leurs superviseurs et encadreurs, responsables pour la qualité des soins dans l'ensemble du district sanitaire (DS).

L'objectif de renforcer les compétences pour le MQ peut être scindé en deux, relatif aux deux niveaux :

**Objectif 1 : Mettre les équipes des formations sanitaires (y compris les agents de soutien et les membres du COSA) en capacité de répondre aux normes de qualité**

Pour la dimension « développement des ressources humaines », des mesures de **formation** initiale et continue, des **échanges d'expériences** entre structures participantes, ainsi que l'accompagnement par le **coaching** des équipes concernées sont à privilégier. Ces mesures **visent la maîtrise** par les équipes des formations sanitaires des processus d'amélioration de la qualité et ce à toutes les étapes, afin de répondre aux **normes** exigées par le Ministère de la Santé et d'autres mécanismes visant l'amélioration de la qualité comme au Burundi le FBP. Ces exigences se rencontrent à toutes les étapes : depuis la compréhension des indicateurs et de leur importance jusqu'à la **mise en œuvre d'activités** pertinentes et réalistes en passant par les capacités d'**analyse de la situation**.

**Objectif 2 : Renforcer les capacités organisationnelles des districts sanitaires (DS)**

L'implication des ECD dans l'accompagnement des équipes des formations sanitaires constitue un **levier pour le développement organisationnel du DS** même, par la maîtrise de compétences telles que la **planification**, le **rapportage** ou le **suivi des visites**. Les niveaux hiérarchiques supérieurs associés aux activités, tels les **provinces sanitaires** (PS) et les structures impliquées du **niveau central** – au Burundi le Programme national de santé de la reproduction (PNSR) et la Direction de l'assurance qualité des soins (DAS) – peuvent ainsi être également **imprégnés des approches** favorisant la qualité des services. Ainsi le RC s'insère dans le cadre global du management des ressources humaines dans le District ou Province sanitaire (voir [Annexe IV-1 Guide de gestion RH au DS.](#))

**Principe de base : Former des professionnels c'est former des adultes**

L'enseignement des adultes – l'andragogie – est différent de celui des enfants car les adultes – surtout des professionnels déjà actifs dans le domaine de la santé – savent déjà beaucoup de choses. Ils ont une riche expérience de la vie et de leur métier qu'il est important d'engager avec respect et empathie si le formateur veut les intéresser et même les amener à adopter de nouvelles connaissances, attitudes et pratiques.



Une erreur encore répandue est d’imaginer l’apprenant comme un vaisseau vide et passif qu’il faut « remplir » de savoir : De telles formations purement théoriques ne prennent que rarement racine dans l’esprit et le quotidien des formés. Au contraire, « apprendre » est un verbe actif, et c’est l’apprenant, pas le formateur, qui a le plus grand travail.

Comment solliciter cet effort de la part de l’apprenant ? Pour faire l’effort d’apprendre, l’adulte doit être convaincu que cet apprentissage lui sera utile. Le lien avec sa vie ou son travail doit être évident et concret. La reconnaissance et la promotion de l’autonomie du formé est caractéristique de l’andragogie et s’exprime dans le principe de la **réflexivité**, une démarche qui prend comme base de réflexion l’analyse de la propre situation d’une personne, d’une équipe ou d’une communauté (par exemple, analyse des problèmes et de leurs causes pour envisager des solutions).

Dans l’andragogie, l’apprenant doit être activement impliqué dans le processus d’apprentissage, pour qu’il ou elle fasse le lien avec ses propres connaissances et expériences. Ainsi on favorise des techniques actives et participatives comme les discussions, les quizz, les études de cas, les jeux de rôle, les démonstrations/pratiques (« faire faire »), l’accompagnement/observation du travail sur le terrain – et on les varie pour éviter l’ennui ou la distraction des participants

**La formation des formateurs** doit viser surtout à inculquer les principes et la pratique de l’andragogie et l’approche réflexive chez ces personnes-ressources essentielles, en plus évidemment des contenus techniques qu’elles auront à transmettre aux équipes sur le terrain. (Voir [Annexe IV-2 Programme indicatif formation des formateurs](#))

Au Burundi la **formation des formateurs** sur les outils pédagogiques mobilisés dans le cadre du MQ a permis l’implication active du pool des formateurs (tiré du Ministère, des Provinces sanitaires, et incluant les Médecins-Chefs de District) dans l’établissement des plans de formation sur le MQ, aussi bien pour l’ECD que pour les équipes des formations sanitaires. Les formateurs ont été formés sur l’identification des compétences à renforcer, la détermination des objectifs opérationnels, l’identification des thèmes de formation et leur séquences, et la détermination de la durée de chaque séquence. Les formateurs ont joué un rôle actif dans la conduite des formations des ECD et des équipes des formations sanitaires sur le MQ et ses outils, dont l’élaboration des supports techniques (présentations PPT), mises en situation, et l’animation des séquences de formation. Les formateurs ont ainsi été outillés pour un suivi post-formation efficace de ceux et celles qu’ils ont eu à former.

## Stratégies de renforcement des compétences déployées dans le cadre du CQ

Les **différentes étapes** du cycle du concours qualité sont associées à des **stratégies spécifiques** de renforcement des compétences pour :

- Appuyer l’autoévaluation
- Accompagner la mise en œuvre des mesures d’amélioration
- Encadrer le jury pour l’appréciation des progrès et des changements réalisés par les formations sanitaires
- Organiser des visites de rétroinformation aux équipes des formations sanitaires par rapport aux progrès réalisés
- Organiser les événements de remise formelle des résultats et des prix à la fin du cycle.



## A. Formations initiales et spécifiques

Avant de procéder à la première étape du cycle du CQ – l’autoévaluation par les équipes des formations sanitaires – il y a une **phase préparatoire** pendant laquelle ces équipes sont informées des thématiques qui feront objet du concours afin d’y adhérer en connaissance de cause. C’est également pendant cette phase que les équipes des formations sanitaires ayant adhéré au CQ sont préparées au processus à travers des **ateliers de renforcement** de leurs compétences sur les thématiques, le **MQ** et les outils **d’autoévaluation, de planification et de suivi**.

Une **cellule de qualité** est mise en place pour accompagner les équipes des formations sanitaires durant toutes les étapes du cycle du concours. Pour le cas du Burundi, la cellule de qualité est constituée des **superviseurs polyvalents (Assistants qualité de district sanitaire - AQDS)**, qui sont membres des ECD. En vue de permettre aux ECD de jouer leur rôle professionnel dans le cadre du CQ, des ateliers de formation initiale sont organisés à leur intention.

### Pour les ECD

#### Objectifs :

**Une formation initiale sur le MQ**, ses outils (Roue de Deming), et le coaching vise à introduire les compétences permettant aux ECD de fournir l’appui nécessaire aux équipes des formations sanitaires. Il s’agit de :

- Renforcer les compétences techniques des ECD en MQ, en communication et en leadership en tant qu’accompagnateurs des équipes des formations sanitaires dans l’amélioration de la qualité de leurs services :
  - Maîtriser le processus de management de la qualité (notions de base du MQ, démarche de l’approche intégrée)
  - Maîtriser les outils du CQ (conduite de l’autoévaluation sur base des grilles d’AE, établissement des Plans d’amélioration et plans de mise en œuvre)
  - Démarche d’identification et résolution des problèmes (analyse situationnelle complète, hiérarchisation et priorisation des problèmes)
  - Suivre la progression des mesures d’amélioration à travers l’outil de gestion de la qualité (significativité des changements, vérification de l’atteinte des objectifs, réajustement des plans d’amélioration).
- Doter les ECD des compétences pédagogiques appropriées pour assurer le suivi et la formation continue des équipes des formations sanitaires pendant tout le processus de mise en œuvre du CQ
- Maîtriser la réflexivité pour identifier des solutions à ses propres problèmes afin de rendre réflexives les équipes des formations sanitaires soutenues :
  - Maîtriser la démarche réflexive (réflexivité, communication adaptée au sein de l’équipe, éléments et rôles de la motivation, qualité d’un leader).

**La formation initiale sur les thématiques** faisant objet du CQ a pour objectif de renforcer les compétences techniques des ECD au niveau requis pour soutenir les équipes des formations sanitaires. De façon générale, les ECD devraient être à mesure de :



- Identifier les besoins spécifiques des équipes des formations sanitaires pour l'amélioration de la qualité des soins
- Assurer le renforcement continu des capacités des équipes des formations sanitaires pendant les visites de soutien
- Aider les équipes des formations sanitaires à déterminer les mesures techniques adéquates pour améliorer leurs connaissances et pratiques.

### Méthodes :

Pour toutes les formations techniques, il est recommandé d'utiliser dans la mesure du possible des **modules de formation du niveau national**. Cet **alignement sur l'existant** est important pour le respect des **normes nationales** et la **validation** des compétences transmises. Pour rendre cet apprentissage plus **pratique et efficace**, il faudrait privilégier une **méthodologie interactive** adaptée pour l'enseignement des **adultes**, par exemple, avec jeux de rôles, études de cas.

Au sein de l'ECD les AQDS jouent un rôle clé pour le RC des équipes des formations sanitaires (voir [Annexe IV-3 Matrice des compétences AQDS](#) et [Annexe IV-4 Guide AQDS](#)).

## Formations pour les équipes des formations sanitaires

### Objectifs :

**La formation initiale sur le MQ** vise à transmettre aux équipes des formations sanitaires des compétences pour :

- Travailler avec les notions de base du MQ
- Utiliser correctement les **outils** du CQ (Roue de Deming, grilles d'AE, établissement des Plans d'amélioration...)
- Internaliser la **démarche réflexive** et la communication adaptée au sein de l'équipe
- Identifier et résoudre les **problèmes** (analyse situationnelle etc.)
- **Suivre la progression des mesures d'amélioration** avec la Roue de Deming (dont vérification de l'atteinte des objectifs, réajustement des plans d'amélioration).

**La formation initiale sur les thématiques** faisant objet de chaque cycle du CQ vise à améliorer les connaissances et les pratiques des équipes des formations sanitaires pour l'offre des services répondant aux normes de qualité établies par le Ministère.

### Méthodes :

Pour faciliter la restitution et le travail en équipe, **deux personnes** par formation sanitaire reçoivent ces formations initiales. Il est recommandé qu'un des deux soit le chef ou le sous-chef du service, mais que l'autre soit **une personne moins qualifiée de la même catégorie socio-professionnelle** – dans le but de renforcer le **travail d'équipe** et la reconnaissance de tous et de toutes. Pour les compétences techniques, les **modules nationaux** de formation devraient être utilisés. Pour tenir compte de la mobilité souvent élevée du personnel, un **suivi du personnel formé** est recommandé pour garantir le maintien dans la formation sanitaire d'au moins deux personnes qualifiées formées (recyclage au besoin).



Selon les besoins ou la complexité des thématiques, des **supports** comme des algorithmes de prise en charge des IST, de la prise en charge des effets secondaires des méthodes contraceptives, ou des guides pratiques pour l'offre des services de SSRAJ, peuvent être **mis à disposition** des formations sanitaires participantes.

Pour soutenir les équipes des formations sanitaires à appliquer les éléments essentiels de la qualité (travail en équipe, outil de gestion de la qualité, participation communautaire), des **ateliers d'orientation** sur des thématiques spécifiques peuvent être organisés à l'endroit des catégories socio-professionnelles **moins qualifiées** (personnel d'appui, membres du COSA).

Conformément aux principes de l'andragogie (voir ci-avant), une **méthodologie interactive** adaptée pour l'enseignement des adultes doit être privilégiée lors de ces ateliers : par exemple, supports techniques sous forme de PowerPoint, travaux en petit groupe, études de cas., jeux de rôles.

Ces compétences acquises par les équipes sont encore renforcées lors du suivi des restitutions et le partage de ces compétences, notamment lors des réunions d'équipe.

# Le travail d'équipe<sup>1</sup>

## Qu'est-ce qu'une équipe ?

Il ne suffit pas de mettre ensemble des personnes pour former une équipe de travail. Une équipe se construit, dans la durée, en réunissant des sujets autour d'un **projet commun**. Une équipe est donc toujours en évolution et sa pérennité jamais garantie. Pour atteindre son objectif, l'équipe doit **traverser ensemble les épreuves** au travail dans un **effort solidaire** qui implique une connaissance de ce que font les autres membres, une entente dans l'action, une entraide pour suppléer les défaillances. La **confiance** construite par le **faire ensemble** est le ciment de la **cohésion et de la coopération**.

## L'équipe comme un réseau

La réussite du projet demande **rationalité et organisation**. L'équipe est donc structurée et les **rôles interdépendants** sont définis pour tirer profit des spécialisations **complémentaires**. Mais une équipe est plus que la somme de ses membres. Elle est un **réseau auto-organisé**, un système constitué par des interactions et des boucles de rétroaction. C'est pourquoi, faire équipe demande de réorganiser le travail au-delà des tâches prescrites. La coopération (travail réel) est plus que la coordination (travail prescrit).

L'auto-organisation implique aussi une **participation** de type démocratique où l'autorité (le leadership) prévaut sur le statut et le pouvoir. Ainsi, dans une équipe fonctionnelle la contribution de chaque membre est valorisée en fonction de son autorité (par exemple liée à l'expérience, aux compétences) plus qu'en fonction d'un statut (par exemple un pouvoir hiérarchique). La justice et l'équité contribuent à l'**engagement réciproque** dans l'effort. La **communication** nécessaire au sein de l'équipe inclut la participation aux décisions et à la répartition des tâches, le partage d'expériences qui permet l'anticipation, la mise en parole des conflits et la contribution de chacun à la régulation.

## L'équipe comme une unité

Investie d'une mission transcendant le groupe, l'équipe forme une unité où la cohérence est postulée autour d'un idéal d'équipe implicite. Résoudre ensemble les enjeux demande **de partager le sens et les pratiques** ; c'est-à-dire de partager les règles qui forment un art de faire et de vivre ensemble, une « **culture d'équipe** ». Déroger à l'idéal et aux règles de l'équipe c'est donc s'exposer à la réprobation ou à la honte ; tandis qu'y répondre c'est montrer son appartenance et son engagement au collectif.

1. Encart d'après : Amado, G. & Fustier, P. (2019). Faire équipe. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.amado.2019.01>  
Corriveau, L., Lator, C., Périsset Bagnoud, D. & Savoie-Zajc, L. (2010). Travailler ensemble dans les établissements scolaires et de formation: Processus, stratégies, paradoxes. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.corri.2010.01>



## L'équipe comme socle identitaire

L'équipe est une unité de **reconnaissance** réciproque qui contribue à **l'identité** de ses membres. Lieu de **construction de normes** (techniques, relationnelles, éthiques), de croyances et de langage, l'équipe contribue à façonner les représentations sociales de ses membres. En retour, l'adhésion à ces règles permet d'accéder à la reconnaissance et à l'appartenance à cette équipe.

Faire partie d'une équipe demande un investissement affectif de **l'individu au collectif** (« mon équipe »). La subjectivité en œuvre dans une équipe (par l'affectif, les relations) conditionne la réussite objective (la réalisation des tâches). La construction des relations entre membres passe par **des interstices** indispensables, c'est-à-dire par des espace-temps ambigus et communs, en dehors du travail effectif, où les échanges vont mêler le privé et le professionnel, le labeur et la récréation, le dedans et le dehors. Dans ces interstices où l'intimité peut se dévoiler, la confiance se construit.

Faire équipe c'est donc aussi résoudre de manière continue les paradoxes de l'équipe en trouvant **un équilibre**, toujours précaire, entre unité du groupe et subjectivités individuelles, entre une homogénéité totalitaire excluant les disparités et des spécificités complémentaires, entre une structure organisationnelle et une fraternité idéale.





## B. « Faire faire » pour développer l'autonomie des équipes

Le « faire faire » est une des stratégies utilisées pour le transfert des compétences et la responsabilisation dans un processus d'« **autonomisation** ». Il s'agit de **transférer la responsabilité** pour une activité donnée à celui qui en assumera dorénavant la charge. L'avantage du « faire faire » est que le **formateur peut devenir encore meilleur** en apprenant aux autres.

### Objectif :

Le « faire faire » vise à **rendre autonomes** les acteurs clés dans la mise en œuvre et le suivi du management de la qualité à travers l'intégration de l'outil de gestion de la qualité dans tous les processus.

### Pour les ECD

Au niveau des ECD, il s'agit d'assumer l'ensemble des appuis qu'ils doivent fournir aux formations sanitaires. Au Burundi, ce **transfert des activités** des Experts Qualité du projet aux membres des ECD s'est effectué progressivement au cours des trois cycles de CQ.

Le plus important de ces appuis est d'être un **coach** pour les équipes des formations sanitaires. Ce rôle, qui requiert beaucoup de psychologie et une **communication empathique**, ne peut pas être maîtrisé par une formation théorique : Les AQDS ont appris à devenir coach « sur le tas », en jouant ce rôle sous le regard attentif d'un Expert Qualité. (Voir [Annexe IV-5 Visite réflexive observation participante.](#))

D'autres exemples de l'approche « faire faire » pour le transfert de compétences au « titulaire » légitime incluent **l'élaboration des outils d'autoévaluation** et le **suivi de l'intégration** de l'approche dans les formations sanitaires. C'est à travers un processus **progressif** de transfert des compétences au cours des trois cycles de CQ que les ECD ont été autonomisées pour ces activités.

**La participation des ECD aux jurys** du concours a représenté une autre opportunité pour les ECD de maîtriser davantage l'approche et les outils :

- Implication active des ECD dans l'élaboration du concept jury
- Participation active des ECD lors des visites de rétroinformation aux équipes des formations sanitaires.

### Pour les équipes des formations sanitaires

L'approche du « faire faire », encadrée par l'AQDS, renforce l'autonomie des équipes des formations sanitaires dans l'analyse, la prise de décision et la mise en œuvre des mesures d'amélioration. L'équipe assume la responsabilité pour l'organisation des séances d'analyse situationnelle et de suivi, et c'est sa décision libre par rapport aux stratégies à mettre en œuvre en vue de relever les défis ainsi que des moyens à y investir.



L'équipe de la formation sanitaire détermine également les besoins en formation selon les catégories socio-professionnelles et fixe les modalités pratiques pour y faire face, par exemple :

- Autoformation sur base des guides à disposition
- Séances de renforcement des collègues en utilisant les modules de formation et guides.

## C. Coaching

Le coaching est une stratégie de renforcement des compétences in situ et continu, régulier et transversal, qui s'adresse à toute l'équipe de la formation sanitaire (y compris le personnel de soutien et les COSA). Il est basé sur la confiance, le respect et la valorisation des capacités des équipes à faire un bon travail. Le coaching manifeste l'esprit visé par la supervision formative et intégrée.

### Objectifs :

**Le coaching** vise un renforcement continu et graduel des **compétences** des équipes, et un développement progressif de leur **autonomie** (choix, décisions...) à travers un **soutien réflexif**.

**Les principes** qui sous-tendent cette stratégie sont :

- **Réflexivité** au cœur du coaching :
  - Le coach accompagne **sans se substituer** à la réflexion de l'équipe
  - Respect du processus de renforcement des compétences et du **temps nécessaire** pour progresser
  - Vise **l'autonomie des équipes** dès l'analyse à la prise de décision et jusqu'à la mise en œuvre des engagements pris par eux-mêmes
  - **Adaptation** aux réalités diverses, aux situations vécues, aux priorités et aux ressources.
- **Complémentarité** avec la supervision **formative et intégrée**.

Le coaching est une façon d'introduire et d'ancrer le **style participatif** prôné par le Guide de supervision formative et intégrée du MSPLS (voir encart « [Coaching](#) »). En effet, tel que le guide national de supervision le stipule, « la supervision est un processus continu consistant à guider, former, soutenir et **encourager les initiatives** du personnel sur le site de travail de sorte qu'il puisse exécuter son travail avec efficacité et conformément aux directives ». Dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche intégrée de management de la qualité, la stratégie de coaching/soutien réflexif a été appliquée selon ces mêmes principes aux ECD par les Experts qualité du projet.

En effet, pour permettre aux superviseurs de jouer leurs rôles de formateur, facilitateur, animateur et rapporteur, comme évoqué dans le nouveau **Guide de supervision formative et intégrée** du Ministère, ils sont appelés à acquérir des compétences adéquates vis-à-vis de chaque rôle :



| Rôles des AQDS                 | Compétences requises                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Être formateur                 | <ul style="list-style-type: none"><li>● Amener les équipes des formations sanitaires à maîtriser le processus d'amélioration de la qualité</li><li>● Identifier les besoins en renforcement de compétence</li><li>● Connaître les approches pédagogiques de renforcement continu des compétences des équipes des formations sanitaires selon les besoins identifiés</li><li>● Savoir reconnaître les situations propices à l'apprentissage</li><li>● Assurer le suivi et la progression des équipes</li></ul>                          |
| Être facilitateur et animateur | <ul style="list-style-type: none"><li>● Faire preuve de discernement et de jugement pour apprécier la situation-problème dans laquelle il se trouve : reconnaître ses limites et savoir quand faire appel à une ressource externe</li><li>● Faciliter et soutenir l'émergence d'idées dans une dynamique positive et motivante</li><li>● Être un leader perceptif pour comprendre les dynamiques de groupe et favoriser leur autonomie dans la prise de décision</li><li>● Être capable d'organiser une discussion de groupe</li></ul> |
| Être rapporteur                | <ul style="list-style-type: none"><li>● Rendre compte de l'évolution de la mise en œuvre à travers les outils de rapportage.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

# LE COACHING

## C'est quoi le coaching ?

Le coaching a le même objectif que la supervision – à savoir, assurer la meilleure qualité possible d'une performance. La particularité du coaching est qu'il travaille sur la motivation intrinsèque de l'équipe ou de l'individu « coaché » à faire du bon travail. En cela il rejoint la vision promue par la **supervision formative et intégrée**.

Le coaching professionnel est un **mode d'accompagnement** dans lequel un coach propose des outils, méthodes et questions pour aider le coaché à atteindre des objectifs professionnels.

Dans le cadre de l'approche de management de la qualité, il s'est avéré comme une stratégie de renforcement de compétences continu et graduel pour **développer l'autonomie progressive** des équipes (choix, décisions...) et soutenir la réflexion à partir de leurs situations spécifiques (besoins, ressources et potentialités). Il est basé sur la confiance, le respect et la **valorisation des capacités des équipes à faire un bon travail**.

## Pourquoi le coaching ?

L'accompagnement d'un coach permet de dépasser ses croyances limitantes et prendre conscience de son **potentiel** pour le développer.

## Objectifs du coaching

Le coaching d'équipe vise à :

- Développer les capacités **d'autonomie** et de réflexivité de l'équipe
- Renforcer la **cohésion de l'équipe** : mieux fonctionner ensemble pour des bénéfices partagés au-delà des objectifs individuels
- Optimiser la **communication** entre les membres de l'équipe et ses interlocuteurs externes
- Avoir une **organisation** pérenne et durable
- Permettre aux individus de **se réaliser** au sein de l'équipe.

## Principe : Réflexivité au cœur du coaching

**La réflexivité est une** démarche méthodologique qui consiste – pour une personne ou une équipe – à appliquer les outils de l'analyse à son propre travail ou à sa propre réflexion.

**L'objectif de la réflexivité** est de renforcer les compétences des équipes en analyse de situation, en planification et mise en œuvre d'actions afin de promouvoir l'autonomie dans la résolution des problèmes de leur formation sanitaire. La réflexivité vise la **transformation collective des représentations, des pratiques et des savoirs**.

## Le problème comme source de réflexivité

La façon la plus facile d'introduire la réflexivité est de partir d'un problème ressenti par l'équipe coachée. Leur motivation existante à le résoudre donne l'impulsion pour un travail réflexif sur leur propre situation. Cette « approche par problèmes » est une méthode d'apprentissage basée sur « le principe d'utiliser des **problèmes comme point de départ** pour l'acquisition et l'intégration de nouvelles connaissances. » Le rôle du coach est d'encourager l'équipe par ses questions à creuser les **causes des causes et les « vraies » origines** : Il s'agit d'aller plus loin que le symptôme pour faire le bon diagnostic et appliquer le bon traitement.

## Les qualités du coach dans la pratique réflexive

- Le coach est un animateur et un **facilitateur**,
- Le facilitateur est **neutre**. Il ouvre des pistes en posant des **questions** (et peu d'affirmations), en reformulant, en faisant des liens, en attirant l'attention sur certains points pour **aider les équipes à cheminer** dans leur résolution du problème. Il n'apporte que peu de réponses et sait aussi dire « Je ne sais pas... qu'en pensez-vous ? ».
- Il alimente et encourage une **vision critique tout en restant positif**. Il met en débat ce qui « va de soi » et dérange souvent les habitudes si elles ne sont pas justifiées par des arguments convaincants.
- Pour favoriser la réflexivité du groupe, le facilitateur est **lui-même réflexif**. Il doit d'abord savoir se remettre en question lui-même : Qu'est-ce que j'ai fait, ou n'ai pas fait, pour que cette situation arrive ? Il doit être engagé à la fois dans sa propre **transformation** mais aussi celle de son institution, de son groupe.
- Il oriente la réflexion. C'est une collaboration mais pas une substitution.
- Il reste **bienveillant et protecteur** : Regards croisés ne doivent pas devenir des jugements.
- Il avance avec le groupe. Il valorise le travail d'équipe **car personne ne sait tout mais chacun sait quelque chose**. Le groupe est à l'origine de la réflexion.

## Posture du coach :

Le coach doit rester conscient que les experts de la situation, des actions possibles et des actions souhaitables, sont les personnes qui travaillent dans la formation sanitaire (et non pas quelqu'un venu de « l'extérieur »). Son rôle est **d'encourager les équipes à se rendre compte de ce qu'elles savent**.

Le soutien réflexif consiste à aider les équipes à réfléchir **par elles-mêmes et pour elles-mêmes** afin d'identifier les problèmes prioritaires ainsi que les solutions souhaitées et réalistes – et non pas de faire cette identification de problèmes ou de solutions à leur place.



## D. Partage d'expériences

Dans le cadre du développement de l'approche intégrée de management de la qualité, le partage d'expériences s'est avérée une **stratégie efficace** de renforcement des compétences.

### Objectif :

Le partage d'expériences vise à ce que les équipes puissent **apprendre des expériences des autres**. Il permet aux groupes-cibles concernés de partager les faits, les difficultés rencontrées et les enseignements à tirer lors de la mise en œuvre d'une intervention. De plus, il constitue une occasion **d'inspiration et d'échange de connaissances** afin de renforcer sa vision auprès d'autres, de développer sa propre expertise, de renforcer les liens professionnels et de susciter la création de réseaux.

### Pour les ECD

Pour renforcer les compétences des **superviseurs polyvalents** qui jouent le rôle d'AQDS, des rencontres ont été organisées entre les Experts qualité et les AQDS de la zone d'intervention. Ces rencontres ont permis aux AQDS de partager leurs **bonnes pratiques ainsi que les difficultés** rencontrées dans leur travail avec les équipes des formations sanitaires. Perçu comme une source **d'inspiration**, ce cadre leur a permis d'approfondir leurs connaissances pour **adapter/améliorer leur soutien aux formations sanitaires**.

Des **ateliers provinciaux de suivi**, où les DS d'une même province partagent leurs expériences, se sont également avérés très efficaces pour harmoniser les pratiques des ECD en matière de soutien réflexif aux équipes des formations sanitaires, de rapportage, de gestion des bases de données et de suivi des visites de coaching et supervision.

### Pour les équipes des formations sanitaires

**Les réunions d'équipe au sein de chaque formation sanitaire** dans le cadre du CQ sont des **moments clés** pour partager les savoirs et expériences de chaque membre, mais aussi pour développer les **compétences individuelles et collectives** (savoir s'autoévaluer, savoir analyser, savoir planifier, être capable de prendre la parole, d'écouter, de valoriser etc.). La tenue participative de ces réunions d'équipe est **renforcée par le coach** (AQDS), qui y assiste lors de ses visites.

**Des réunions semestrielles ECD-formations sanitaires**, regroupant un représentant (parmi le personnel qualifié) de chaque formation sanitaire au sein d'un même DS, permettent aux équipes des formations sanitaires et aux ECD de :

- Partager les expériences positives et les défis relevés dans la mise en œuvre de l'approche de MQ
- Echanger sur les difficultés rencontrées et proposer/décider des voies de solution mais aussi tirer des leçons pour la poursuite de la mise en œuvre
- Analyser la progression sur les différentes thématiques en vue de dégager les défis et les perspectives pour améliorer les indicateurs requis pour l'atteinte des objectifs du Ministère.



**Visites d'échange d'expériences entre formations sanitaires :** Des visites effectuées par les équipes des formations sanitaires vers d'autres formations sanitaires jugées performantes dans un même DS leur permettent de :

- Bénéficier mutuellement des expériences de leurs pairs et d'adapter leurs stratégies d'amélioration de la qualité des services
- Partager de bonnes pratiques en matière de collaboration, communication, et de synergies avec les acteurs communautaires
- Identifier des éléments concrets qu'ils peuvent transposer ou adapter selon les réalités de leurs formations sanitaires
- Renforcer des liens professionnels et constituer de petits réseaux d'échange des compétences.

Des **ateliers organisés au niveau provincial** à mi-parcours du cycle du CQ, entre équipes des formations sanitaires participantes ont permis d'assurer **le suivi du niveau d'avancement** et de soutenir les efforts des équipes dans la mise en œuvre des mesures d'amélioration. Ces ateliers constituaient un cadre d'échange pour partager les types de changements déjà opérés, les difficultés rencontrées et de profiter des expériences des autres pour les solutions envisagées.

## E. Le feedback

Le feedback (ou **rétroinformation**) est un point essentiel dans l'épanouissement d'un collaborateur au sein de l'entreprise, lui permettant de mieux identifier ses forces et faiblesses, pour **progresser** et avoir confiance en lui au quotidien, dans son travail.

### Objectif :

Le feedback permet de **valoriser** un travail bien fait ou un succès, pour motiver et engager la personne. Il permet aussi d'exprimer un écart constaté entre attente et réalité, pour signaler un **besoin de renforcement** de compétence, d'encourager, de valoriser, ou simplement de faire passer un message.

### Pour les ECD :

La supervision des ECD incombe habituellement à la Province sanitaire. Dans le cadre du projet, un feedback intensif sur le travail des ECD auprès des formations sanitaires a été fourni par les Experts qualité (EQ) :

- **Retour sur les rapports de visites :** Les rapports produits à la fin de chaque visite de suivi ont fait l'objet d'analyse et de synthèse par les EQ. Le feedback effectué systématiquement aux AQDS à l'issue de l'analyse des rapports permet aux AQDS de prendre connaissance des efforts à fournir dans le cadre du soutien aux équipes des formations sanitaires et des éléments requis pour la documentation de l'approche.
- **Briefing et débriefing** lors des visites des AQDS accompagnées par les Experts qualité, à l'étape d'autoévaluation et planification des mesures d'amélioration, ainsi qu'à l'étape de mise en œuvre. Les EQ profitent de cette occasion pour rassurer, encourager et donner des orientations pour les prochaines visites.



- **Rencontres individualisées** : L'accompagnement des AQDS par les EQ a permis d'identifier leurs besoins et d'agir là-dessus. A cet effet des rencontres individualisées étaient organisées à l'endroit d'un AQDS afin de fournir un soutien adapté à ses besoins spécifiques.

**Les ateliers de restitution** sont une autre occasion importante de feedback aux ECD. Lors de ces ateliers, des synthèses des résultats issus du monitoring effectué par le projet et faites par DS permettent de :

- Donner du sens au monitoring
- Avoir un point de vue général sur l'avancement
- Planifier les activités.

### Pour les équipes des formations sanitaires :

Le feedback à ces équipes est donné par l'ECD, particulièrement l'AQDS à travers les visites de supervision et de coaching, notamment :

- **A l'étape autoévaluation et planification des mesures d'amélioration** : Les visites de feedback pour la validation des AE et des Plans d'amélioration permettent aux équipes des formations sanitaires de mieux comprendre l'utilisation des outils et la planification des mesures leur permettant d'atteindre les objectifs visés.
- **Durant la mise en œuvre**, les visites des ECD permettent aux équipes d'intégrer les outils de gestion de la qualité dans la gestion quotidienne des formations sanitaires et dans la dynamique d'amélioration continue des services.
- **Lors des visites de rétroinformation et de feed-back des jurys**, l'utilisation des fiches de feed-back et des « fleurs de la qualité » (voir [Annexe II-2 sur l'outil pédagogique « fleur »](#)) pour restituer les résultats des formations sanitaires permet aux équipes d'être encouragées et/ou renforcées sur les améliorations à poursuivre.

Pour plus d'information sur le renforcement des compétences, voir les annexes :

- [IV-1 Guide gestion RH du DS](#)
- [IV-2 Programme indicatif formation des formateurs pédagogie MQ](#)
- [IV-3 Matrice compétences des AQDS](#)
- [IV-4 Guide pour AQDS](#)
- [IV-5 Visite réflexive observation participante](#)

## 4.3 Pérenniser le renforcement des compétences pour le MQ

Les différentes stratégies de RC décrites ci-dessus ont été développées dans le cadre du Concours qualité. En l'absence de l'appui technique et financier d'un projet, quelles stratégies de renforcement des compétences en Management de la qualité peuvent être réalistes pour le maintien d'une culture de la qualité dans les services de santé ?

De par son principe d'alignement sur l'existant (voir [Chapitre 6](#)), le projet a veillé à ce que la plupart de ces stratégies soient susceptibles d'être poursuivies dans l'après-projet. Notamment :

### **Coaching**

Le coaching s'est révélé comme une stratégie efficace pour assurer le respect des normes en rapport avec le style participatif préconisé en matière de supervision formative et intégrée. Cette stratégie s'accorde bien avec le rôle des superviseurs qui est de guider, former, soutenir et encourager les initiatives du personnel sur le site de travail de sorte qu'il puisse exécuter son travail avec efficacité et conformément aux directives, et cela de façon continue. Il peut être facilement poursuivi et routinisé dans le cadre de la supervision formative et intégrée.

### **« Faire faire » pour développer l'autonomie des équipes**

Pendant la mise en œuvre de l'approche de MQ, les membres d'ECD ayant joué le rôle d'AQDS ont acquis (et d'une façon progressive) des compétences leur permettant de bien jouer le rôle de coach des équipes des formations sanitaires. Dans leur rôle professionnel, ils peuvent poursuivre la stratégie du « faire faire » pour rendre autonomes les équipes des formations sanitaires dans la mise en œuvre et le suivi du management de la qualité à travers l'intégration de l'outil de gestion de la qualité dans tous les processus de planification et de gestion quotidienne de la formation sanitaire.

### **Partage d'expériences**

Le partage d'expériences ayant permis aux équipes d'apprendre des expériences des autres s'est révélée comme une stratégie efficace de renforcement des compétences.

Il a constitué une occasion d'inspiration et d'échange de connaissances permettant aux uns et aux autres de développer leur propre expertise. Des séances d'échange d'expériences entre ECD et équipes des CDS au sein d'un même DS ne coûtent pas chères et peuvent être poursuivies.

### **Le feedback**

Le feedback est régulièrement prévu aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau opérationnel, il serait bénéfique d'impliquer les supervisés dans la formulation des engagements relatifs aux aspects à améliorer.

# Chapitre 5

---

## La participation communautaire



Membres du COSA inspectant les alentours du CDS Buhinda © GIZ / Cyprien Mbonyingingo

## 5.1 La participation communautaire en bref

La raison d'être d'un service de santé est de **répondre aux besoins** en santé curative, préventive et promotionnelle de la population de son aire de responsabilité. La formation sanitaire ne doit pas rester un « corps étranger » au sein de la communauté qui l'entoure, attendant passivement que ses services soient sollicités. Au contraire, c'est grâce à l'interaction avec cette communauté que la structure de santé vit et remplit sa fonction.

Le renforcement de la participation communautaire vise à favoriser :

- L'inclusivité et l'accessibilité des services au sens large (dont l'acceptabilité, la disponibilité...)
- L'adéquation offre-besoins – qui est au cœur même de la qualité des services.

### Un organe de participation communautaire

Dans beaucoup de pays, ce partenariat souhaité entre le service de santé et sa communauté d'implantation a été concrétisé sous la forme d'une **gestion de la formation sanitaire**, notamment à travers un **Comité de Santé** (COSA), dont le président et la plupart des membres sont des représentants de la communauté. Le COSA assure la **communication dans les deux sens**, permettant à la communauté de suivre l'utilisation des médicaments et des moyens financiers de la formation sanitaire et de lui exprimer ses besoins et attentes, et permettant à la formation sanitaire de transmettre ses messages et consignes de sensibilisation à sa population cible.

Le COSA fait **partie intégrante du système de santé** au niveau opérationnel, et cette représentation communautaire validée par la hiérarchie sanitaire présente un grand potentiel à contribuer à la qualité des prestations : Cet organe de communication réciproque peut favoriser **l'alignement de l'offre de services** avec les **besoins ressentis** de la population.

### Travailler avec le Comité de santé

C'est ainsi que la participation communautaire joue un rôle de premier plan dans l'approche du **Management de la qualité** (MQ) : C'est une des trois **racines** de la qualité évaluées dans le cadre du Concours qualité (CQ). Le cycle du CQ renforce ce rôle, car le COSA est **associé à l'équipe élargie** de la formation sanitaire à toutes les étapes. Les membres du COSA :

- Participent activement dans les **réunions de l'équipe**
- Bénéficient des mesures de **renforcement des capacités** et du coaching de l'AQDS.

Ces représentants de la communauté participent ainsi à **l'analyse de la situation**, en y injectant la perspective des utilisateurs des services. Ils jouent un rôle actif dans l'élaboration et la mise en œuvre **du plan d'amélioration** : Le COSA est bien placé pour estimer et mobiliser les **contributions** de la communauté à ce plan – en argent, nature ou travail.

Cette **valorisation** du rôle de la communauté dans l'amélioration de la qualité des services, ainsi que l'appréciation des membres du COSA des **compétences acquises en analyse et planification** renforcent leur sentiment de pleine appartenance à l'équipe de la formation sanitaire. Ceci contribue à mettre en mouvement une **boucle de rétroactions positives** renforçant la qualité des services, la satisfaction des utilisateurs, et la motivation des prestataires à continuer à faire du bon travail au bénéfice de leur communauté. La participation communautaire peut ainsi contribuer à la **pérennisation du processus**.



## 5.2 Participation communautaire : en savoir plus

La participation communautaire est – avec le modèle RD de planification/action et le travail en équipe – une des trois **racines** de la qualité dans le modèle MQ. Le renforcement de la participation communautaire permet non seulement d'inclure les représentants des COSA dans la **dynamique d'équipe**, mais favorise aussi **l'écoute des besoins et attentes de la communauté**, sa participation active aux changements et son engagement dans la poursuite de la dynamique.

Les **structures communautaires créées dans de nombreux pays** (telles les COSA) pour renforcer et compléter leur système de santé représentent un **véhicule à privilégier** pour intégrer cette dimension de participation communautaire dans le MQ. Conformément au principe de **l'alignement sur l'existant** (voir [Chapitre 6](#)), il serait superflu – et même contre-productif – de mettre sur pied une **série parallèle** de structures de « participation communautaire » en concurrence avec celles qui existent déjà, et probablement éphémère car non intégrée dans le système existant.

### L'orientation sur les besoins de la population

Depuis la Conférence d'Alma Ata (1978) et celle de Bamako (1987) les politiques publiques de santé font de plus en plus l'effort d'être axées sur les besoins de la population : la première ayant lancé la multiplication des **agents de santé communautaires**, et la deuxième les structures communautaires de **cogestion des services de santé** (ex. COSA, COGES) pour assurer une gestion transparente des médicaments et intrants sous recouvrement des coûts.

Au Burundi les COSA ont été introduits à partir de 2002, à la sortie progressive du pays d'une période d'instabilité socio-politique. Chaque colline de l'aire de responsabilité de la formation sanitaire élit ses propres représentants au COSA. Les centres de santé (CDS) doivent rendre des comptes à la communauté à travers les COSA, dont le président doit approuver au préalable tout engagement financier du CDS. Les COSA jouent également un rôle de liaison avec la communauté.

La [Politique nationale de santé 2016-2025](#) spécifie :

- « A tous les niveaux du district sanitaire, les décisions sont prises collectivement à travers des comités de santé (COSA) et comités de gestion (COGE) qui servent d'interfaces entre les formations sanitaires et les communautés à la base dans le secteur de la santé. La communauté joue un rôle dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de santé primaires et la recherche de solutions appropriées aux problèmes locaux de santé et la mobilisation des ressources. »

Le [Guide opérationnel de gestion du District Sanitaire au Burundi](#) (2020) présente les différentes responsabilités des COSA :

- Identifier en collaboration avec l'équipe du Centre de Santé les problèmes de santé prioritaires et chercher des solutions appropriées ;
- Sensibiliser et mobiliser la population pour les actions de la santé (Vaccination, CPN, PF et autres) ;



- Appuyer l'équipe du CDS par une cogestion technique, financière et administrative ;
- Procéder à une catégorisation de la population et la mettre à jour (définition des indigents) ;
- Assister le CDS dans la mise à jour des dossiers familiaux : naissances, décès, indigence, suivi des vaccinations, des affections chroniques ;
- Participer dans la planification périodique du CDS ;
- Participer dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des plans d'actions semestriels et annuels des CDS ;
- Exprimer les besoins ressentis par la Communauté en matière de santé ;
- Définir les mécanismes pour le recouvrement des créances et des impayés et organiser leur récupération via les membres du COSA ;
- Veiller à la sécurité physique de l'infrastructure de santé, médicament et matériel etc.

Le Burundi reconnaît également les **Groupements d'agents de santé communautaire** (GASC) qui dépendent d'un même CDS et interviennent dans son aire de responsabilité. Leur mission est de :

- Sensibiliser la population pour un changement de comportement ;
- Promouvoir la santé de la population en général ;
- Amener l'information des services de santé vers la population et inciter cette dernière à fréquenter les formations sanitaires ;
- Participer dans la prise en charge communautaire de certaines pathologies ;
- Participer à la distribution à base communautaire de certains médicaments et contraceptifs.

### **Entretenir l'engagement de la communauté**

Au Burundi, aussi bien les COSA que les GASC sont impliqués dans la mise en œuvre du FBP, ce qui permet de les maintenir en tant que structures actives et renouvelées. La situation est souvent différente ailleurs : En l'absence d'un programme qui **sollicite activement** les structures de participation communautaire, les agents de santé peuvent délaisser la supervision et le renouvellement des ASC, négliger le délai pour la réélection des COSA, et pour la cogestion consulter juste un ou deux membres, de sorte que ces structures n'existent pratiquement plus que **sur le papier**.

En voulant **adapter l'approche MQ ailleurs**, il est fort possible d'être confronté à une telle situation. Même dans une telle situation de faiblesse, **l'existence officielle** d'un système pertinent de participation communautaire reste un atout : Il est plus facile **d'insuffler de la vie dans un dispositif légal qui existe sur le papier** que d'en construire un nouveau de toutes pièces. Ceci est une autre dimension du principe de l'alignement sur l'existant.

En associant le COSA à **l'amélioration de la qualité des services**, l'approche du MQ dépasse le simple cadre initial de la cogestion des moyens matériels et financiers de la formation sanitaire. Ce qui fait la différence dans l'approche MQ c'est **l'inclusion active du COSA dans les réunions** d'équipe. Les membres y démontrent la **pertinence** de leur point de vue dans l'analyse des problèmes et la participation à la prise de décision. Par leur connaissance des réalités de la communauté ils contribuent à la qualité du service.



L'appréciation de l'équipe de la formation sanitaire les valorise et les renforce dans leur rôle. En même temps c'est une expérience enrichissante pour ces représentants communautaires, qui apprécient et appliquent de **nouvelles connaissances** comme :

- L'analyse de la situation pour une planification faisable
- L'utilisation de la Roue de Deming
- Comment faire un canevas de rapport
- Apprendre à s'évaluer et changer l'organisation des choses
- Le contenu des thématiques.

Etant reconnus comme des membres à part entière de l'équipe du CDS et pleinement associés à la planification et la mise en œuvre des mesures d'amélioration, les membres du COSA se sentent **investis par la réussite de leur CDS**, par exemple, lors de la remise des prix dans le cadre du CQ. Ils sont fiers d'avoir contribué à la réussite de leur formation sanitaire, ce qui les inspire à partager leur enthousiasme avec les membres de leur communauté.

Le **maintien du COSA dans les réunions d'équipe** de la formation sanitaire apparaît ainsi comme une mesure particulièrement pertinente pour entretenir le dynamisme de la participation communautaire.

# Chapitre 6

## L'alignement sur l'existant



Visite au CDS confessionnel Ryarusera en présence des Responsables sanitaires de province et de district © GIZ / Cyprien Mbonyingingo

## 6.1 L'alignement sur l'existant – en bref

S'aligner sur **ce qui existe déjà** est un principe de base pour toute initiative qui se veut **durable**. Qu'il s'agisse d'introduire un nouveau produit ou une nouvelle façon de faire, il faut **l'adapter au contexte** local ou national – socioculturel, technique et économique – si on veut donner à cette innovation des chances **d'être adoptée**.

Dans le monde de **l'appui au développement**, ce principe de l'alignement sur l'existant a été mis en avant depuis 2005 dans une **série d'accords internationaux** entre décideurs de haut niveau en vue de rendre l'aide au développement plus performante, plus participative et plus à même de répondre aux **besoins réels** des pays partenaires – dans l'objectif de rendre ses **effets plus durables**. Dans la Déclaration de Paris (2005), le Programme d'action d'Accra (2008) et le Partenariat de Busan [Corée] pour une coopération efficace au service du développement (2011), un constat sans appel a été fait sur **l'inefficacité** d'une grande partie de l'aide au développement, trop souvent décidée et mise en œuvre sans implication suffisante des partenaires « bénéficiaires ».

La pratique encore trop répandue de certains partenaires techniques et financiers de **contourner les structures nationales** jugées inefficaces ou corrompues, en créant et y substituant des structures parallèles pour mettre en œuvre leurs projets, s'est avérée **contreproductive**. Avec toutes leurs lacunes, les structures des gouvernements nationaux **restent**, et celles introduites et financées par des bailleurs externes disparaissent – après avoir concurrencé et davantage **affaibli les structures nationales**.

C'est ainsi qu'avec la série d'accords de Paris, Accra et Busan le vent a tourné en faveur d'une approche plus réfléchie de **soutenir** les structures et ressources des **partenaires nationaux** dans **leur** poursuite de **leurs** objectifs du développement. Cette approche est également plus **efficace**, car elle utilise les ressources et dispositifs **déjà sur place** au lieu d'en créer ou de recruter de nouveaux.

### Objectif :

Dans l'esprit des accords de Paris, Accra et Busan sur l'efficacité de l'aide, l'alignement sur l'existant a pour objectif **de renforcer le développement du système existant** et non pas de se substituer à ce système. Le renforcement du système se fait en **s'appuyant sur des normes et structures du pays partenaire** et en cherchant à développer des **synergies/complémentarités** avec les autres mécanismes de soutien au système existant. Ce principe s'applique à tous les domaines du développement, dont la santé.

### Modalités :

Un alignement réussi nécessite une profonde **connaissance du contexte** et du système qu'on veut appuyer. L'alignement se traduit **à tous les niveaux** en ce qui concerne les normes et les structures du système au pays et se base sur l'existant en termes des **ressources humaines disponibles**. Il s'agit d'éviter un circuit parallèle et un travail supplémentaire. Le développement de l'approche doit s'adapter aux **réalités du terrain**, notamment en ce qui concerne le personnel existant, les situations spécifiques des structures et de leurs équipes, ainsi que les ressources disponibles.



Le **Projet SDR au Burundi** a mis l'alignement sur le système existant de la santé au cœur de son action. Les sections suivantes présenteront l'approche appliquée dans ce **contexte spécifique** en tant **qu'un exemple** de comment un projet de santé peut travailler de façon réaliste avec les structures et ressources qu'il a trouvées dans le pays tout en les **renforçant** dans leur fonctionnement et leurs capacités de **réalisation de leurs objectifs de santé**.



## 6.2 En savoir plus sur l'alignement sur l'existant : l'exemple du Projet SDSR au Burundi

### Connaître le contexte : le système de santé

Comme dans beaucoup de pays, le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et s'articule sur quatre niveaux à savoir : les niveaux **central, intermédiaire, périphérique et communautaire**. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique.

**Le niveau central** (Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA - **MSPLS**) est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et affectation des ressources ainsi que du suivi-évaluation. Ce niveau assure la fonction de régulation et de normalisation. Le Programme national de santé de la reproduction (**PNSR**) et la Direction de l'Offre et la Demande de Soins (**DODS**) – actuellement Direction de l'Assurance de la qualité des Soins (**DAS**) – ont été les interlocuteurs privilégiés du Projet SDSR.

**Le niveau intermédiaire** est composé de 18 bureaux provinciaux de santé (BPS). Ils correspondent au niveau central déconcentré. Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province et de l'appui aux districts sanitaires. A ce niveau les BPS de **Mwaro, Muramvya et Gitega** ont été les partenaires du projet.

**Le niveau périphérique** est représenté par le district sanitaire (DS) qui est l'entité opérationnelle de base du système de santé couvrant en moyenne 2 à 3 communes et une population de 150.000 à 250.000 habitants. Il correspond au troisième niveau administratif dans le secteur de la santé, lequel diffère du niveau administratif territorial qui est la commune.

**L'Équipe cadre de district** (ECD) a pour mission la planification, la coordination et la supervision de la mise en œuvre des activités des programmes de santé dans les formations sanitaires publiques, confessionnelles / agréées et privées opérant en son sein. Le projet a travaillé avec deux DS par province, à savoir : **Fota, Kibumbu** (Province de Mwaro), **Muramvya, Kiganda** (Province de Muramvya), **Gitega et Kibuye** (Province de Gitega).

Chaque **Centre de santé** (CDS) dispose d'un Comité de santé (COSA) et d'un comité de gestion (COGES) qui servent d'interface entre la formation sanitaire et la communauté à la base. Le CDS constitue la porte d'entrée du réseau de soins au Burundi et offre le Paquet minimum d'activités (PMA) : des soins de santé primaires curatifs pour les cas simples de maladie ainsi que des soins préventifs et promotionnels. Le projet a travaillé avec un total de **90 CDS** dans ses six districts d'intervention.

**Le niveau communautaire** constitue l'un des piliers dans l'offre des services et soins de santé, comme souligné dans la Politique nationale de santé 2016-2025 et le Plan national de développement sanitaire (PNDS) III 2019-2023. Ce niveau communautaire est constitué de relais communautaires qui incluent les COSA et les Agents de santé communautaire (ASC), regroupés en Groupements d'ASC (GASC). Dans son appui au renforcement de la qualité



des soins dans les CDS, le projet a promu une **implication forte des COSA** dans la planification et la mise en œuvre des mesures.

**Le fonctionnement de ce système** est fortement soutenu par le mécanisme du Financement basé sur la performance (FBP), financé depuis 2011 à travers le Panier commun de la santé du Burundi avec l'aide de bailleurs, dont la Banque mondiale et l'Union européenne. Le projet est intervenu **de façon complémentaire** à ce mécanisme qui lui aussi vise l'amélioration de la qualité des soins.

Voilà les structures et acteurs sur lesquels le Projet SDSR a eu à s'aligner dans la promotion de son approche de **Management de la qualité** (MQ).

### Modalités pratiques d'alignement durant la mise en œuvre de l'approche

Le projet a pris soin **d'éviter de se substituer** au système du pays. Il a travaillé directement avec les structures existantes en s'appuyant sur les **normes du MSPLS**, et il a travaillé de façon complémentaire avec d'autres mécanismes d'amélioration de la qualité, notamment le FBP. Le développement de l'approche de MQ s'est adapté aux **réalités du terrain**, notamment en ce qui concerne les situations spécifiques des CDS et des Equipes cadres de district (ECD).

#### A. Par rapport aux normes et outils

L'approche du projet s'est appuyée sur deux types de normes **complémentaires**, à savoir :

- Les normes sanitaires pour **la mise en œuvre du PNDS** qui décrivent l'organisation des services et des soins par niveau et les normes sanitaires par niveau du système de santé
- Les normes décrites dans les outils de **mise en œuvre du FBP** pour ce qui est des indicateurs de qualité par rapport au paquet de service offerts par niveau de soins.

L'importance de s'appuyer sur ces normes est d'encourager les acteurs à les **comprendre** et à les **respecter**. De plus, l'application de ces normes à un petit nombre de thématiques permet de redonner **confiance** aux acteurs en leur propre capacité de faire des changements à leur niveau, pour **donner un sens** aux attentes des superviseurs et aux normes en général.

L'introduction par le Projet SDSR de l'approche intégrée de MQ a coïncidé avec le moment où le **mécanisme de FBP** venait d'être étendu à tout le territoire national. De plus, un circulaire du Ministère encourageait les structures à initier des investissements avec les subsides FBP. Ce mécanisme mettait toutefois l'accent sur **l'atteinte des indicateurs** au niveau des formations sanitaires et non sur les processus mis en œuvre pour y arriver. C'est dans ce cadre que l'approche intégrée du MQ, qui s'intéressait aux processus pour l'amélioration continue de la qualité, est venue en **complémentarité** avec ce mécanisme de financement.

Ainsi, les CDS engagés dans le CQ ont déployé des moyens pour mettre en œuvre des **mesures d'amélioration en rapport avec les processus**, ce qui a contribué à **l'atteinte des indicateurs** requis lors de leur évaluation périodique par les organes régulateurs du FBP.

Pour la mise en œuvre de l'approche de MQ, des **outils** d'autoévaluation et de suivi de la mise en œuvre devaient être mis à disposition par le projet. L'élaboration de ces outils s'est basée



sur les **documents de référence en vigueur** comme le Manuel de procédures FBP, les modules nationaux de formation, les normes sanitaires et le Référentiel national de la qualité, pour identifier les indicateurs selon les différents niveaux de qualité et par objectif d'amélioration.

Les grilles d'autoévaluation (voir [Chapitre 3](#)) se réfèrent aux indicateurs du FBP et/ou aux normes sanitaires, ainsi qu'à celles du référentiel qualité. Ces outils se sont avérés des supports fortement appréciés par :

- Les équipes des CDS d'une part, pour leur avoir permis **d'opérer des changements** leur permettant d'offrir des services qui répondent aux normes nationales avec les **moyens propres des CDS**
- Les ECD d'autre part, pour s'en servir comme des **supports pour le coaching** des équipes des CDS.

## B. Par rapport aux structures et à l'organisation du système des soins

Se référant aux missions assignées aux structures du niveau intermédiaire et périphérique (BPS, DS, CDS), le projet a visé **l'amélioration des services au niveau CDS** pour l'ancrage et la durabilité de l'approche. Dans le cadre du développement de l'approche intégrée de MQ, il s'est avéré nécessaire **d'assurer un accompagnement** des équipes des CDS dans leur processus d'amélioration de la qualité des services.

Dans la perspective de l'alignement sur l'existant, le « **style participatif** » préconisé dans le Guide du MSPLS pour la **Supervision formative et intégrée** – responsabilité des ECD – apparaissait comme le mieux adapté pour cet accompagnement des CDS. Néanmoins, le défi était d'amener les ECD dans la pratique à comprendre et à assumer correctement leur rôle de superviseurs en tant que **guides et formateurs – et non comme contrôleurs**. Moyennant la stratégie de coaching dans le cadre du CQ, les ECD ont appliqué le **soutien réflexif**, qui leur a permis en fait de répondre aux normes du style participatif prôné par le Guide de supervision.

Les **outils** d'autoévaluation et de suivi de la mise en œuvre par rapport aux thématiques ont été élaborés avec une implication de plus en plus importante des **personnes ressources et formateurs nationaux** du PNSR, de la DODS (actuelle DAS), des BPS et des DS. Cette démarche a abouti lors de la 3<sup>e</sup> édition du CQ au **choix autonome** par les BPS et les ECD d'un thème en fonction de leurs priorités – la Consultation prénatale recentrée (CPNR) – et à la **production autonome** de sa grille d'autoévaluation.

Pour éviter de surcharger les équipes des CDS dans le cadre du CQ, un nombre restreint de **thématiques à développer** a été sélectionné, mais **sans jamais s'écarter du paquet minimum d'activités** du CDS. A cette étape, les DS et les BPS ont joué un rôle important pour le choix des thèmes en tenant compte des défis observés dans le système de soins de leurs aires de responsabilité.

Une **documentation des changements** opérés par les équipes des CDS s'est effectuée entre autres à travers le suivi assuré par les **superviseurs polyvalents** lors de leurs visites de coaching/soutien réflexif. Pour assurer cette documentation, un **masque de saisie** pour la collecte des données lors des visites a été constitué sur la base du **canevas du rapport de supervision** du MSPLS. Ainsi la documentation effectuée dans le cadre de l'approche intégrée du MQ sert en même temps pour **compiler les informations requises** pour les rapports de supervision pour le Ministère.



### C. Par rapport aux ressources humaines en santé, notamment les groupes professionnels moins formés

L'alignement sur l'existant inclut aussi une reconnaissance et **meilleure utilisation du potentiel** des ressources humaines œuvrant dans le système.

L'un des éléments essentiels de l'approche intégrée de management de la qualité est le **travail en équipe**. Dans la mise en œuvre de cette approche, les équipes des CDS ont été encouragées à travailler en équipe élargie en impliquant **toutes les différentes catégories socio-professionnelles** du CDS y compris les membres du COSA. Il a été observé que, n'importe le niveau, ceux qui ont été impliqués dans **l'analyse situationnelle** pour identifier les problèmes prioritaires ont par la suite participé activement dans la **mise en œuvre** des mesures convenues pour faire face à ces défis relevés en équipe.

Ce travail en équipe a été un des leviers pour pallier certains effets de la **mobilité du personnel** qui a été observée dans différentes structures durant la mise en œuvre du projet. Les **rencontres régulières de l'équipe** ont été une occasion d'assurer le **partage** des connaissances et du savoir-faire entre tous ses membres, permettant un **transfert de compétences** sous forme de restitutions pour ceux qui n'avaient pas été formés.

Parmi les plus grands bénéficiaires de ce type de **renforcement sur place** a été le personnel d'appui : Tout en étant le moins qualifié, il est en même temps **le moins impliqué dans la mobilité** du personnel au niveau des CDS. L'investissement dans le renforcement des compétences (RC) de ce personnel d'appui est ainsi susceptible d'avoir des effets **bénéfiques et stabilisateurs à long terme**. L'approche ne propose pas de créer de nouveaux postes mais au contraire de s'appuyer sur les très nombreuses personnes qui sont là, font carrière au CDS et sont **issues de la communauté**.

Le travail en équipe avec implication de tous a été surtout pour ce personnel le moins qualifié une opportunité de s'initier auprès de leurs collègues plus qualifiés par rapport à certains aspects importants des **thématiques prioritaires du PMA**. Ils se sont sentis **reconnus et valorisés**, et y ont trouvé leur part dans l'amélioration des services. Étant donné qu'ils sont des représentants du CDS dans la communauté à laquelle ils appartiennent, ils sont devenus des **acteurs de changement** en assurant la **dissipation des rumeurs** et la **promotion des services** au niveau communautaire pour accroître la demande.

Cette catégorie des ressources humaines la moins qualifiée représente une **majorité « invisible »** (pour les bailleurs et le niveau central) lors de l'organisation des formations destinées aux CDS. Lors des formations organisées à leur endroit, il a été constaté que ce personnel a des compétences et des savoirs qu'il faudrait **soutenir et renforcer** pour une durabilité des changements réalisés par les équipes des CDS.

## 6.3 L'alignement sur l'existant comme facteur de pérennisation

Un objectif prioritaire de l'alignement sur l'existant est d'assurer des **effets durables** de l'aide au développement. Des mesures décidées, planifiées et mise en œuvre dans le cadre du **système existant du partenaire et en harmonie avec ses normes et objectifs** doivent durablement renforcer les structures et fonctionnement de ce système.

C'est l'objectif du Projet SDRS, qui vise à ce que l'approche de Management de la qualité (MQ) qu'il a soutenue dans ses zones d'intervention **se pérennise dans les façons de faire** des décideurs, des responsables et des prestataires de services pour instaurer durablement une **culture de la qualité** qui fera partie intégrante du système de santé à leur niveau – avec le potentiel que certains aspects **puissent intéresser d'autres acteurs** du niveau provincial ou national et avoir ainsi un **impact plus large** sur le système de santé au Burundi.

Ce qui suit sont quelques pistes de réflexion pour un **maintien ou une adaptation positive de certains acquis** développés dans le cadre de l'approche de MQ introduite à travers le CQ.

### A. La supervision et le coaching

Le **coaching/soutien** réflexif a prouvé son efficacité pour amener les prestataires à respecter les normes. Les Districts sanitaires (DS) et les Provinces sanitaires (PS) qui ont participé à la mise en œuvre du projet disposent **des ressources humaines compétentes** (l'ensemble des ECD et plus particulièrement les **superviseurs polyvalents**) qui méritent d'être **soutenus et encouragés** pour préserver les acquis et continuer à développer leurs compétences en matière de **coaching/soutien réflexif**. Celui-ci correspond au modèle de **supervision formative et intégrée style participatif** prôné par le Ministère. Néanmoins, sa mise en œuvre efficace **requiert des conditions de travail favorables** pour assurer la qualité et l'intensité du soutien.

Le MSPLS et ses partenaires au développement pourraient appuyer **l'extension de la supervision réflexive**, par exemple en tirant profit des **ressources humaines compétentes** existantes dans les zones d'intervention du Projet SDRS (leaders modèles, échange d'expériences, coaching de coachs...) et des outils ayant fait l'objet de la **capitalisation de l'approche** (dans cette Boîte à outils et ses annexes).

A travers la poursuite du coaching/soutien réflexif, les ECD pourraient préserver les acquis et le développement des compétences des **équipes des CDS** et entretenir leur motivation pour le travail d'équipe, l'implication communautaire et l'utilisation de l'outil de gestion de la qualité dans le processus de planification et de suivi. A cet effet, ils pourraient **mettre à profit les guides** d'élaboration des grilles d'autoévaluation, les guides opérationnels à disposition des CDS pour répondre aux enjeux spécifiques du DS/ PS et même développer de nouveaux outils.

A la suite de la volonté des DS de **poursuivre le suivi digitalisé**, ils disposent des ressources compétentes pour la gestion des **bases de données**, et pour la production et l'interprétation des **résultats de suivi** des visites. A travers la **triangulation avec les résultats issus du DHIS2**, les DS pourraient poursuivre l'exploitation des bases de données du suivi des visites pour répondre aux **besoins spécifiques en soutien** des équipes des CDS.



Sur la base de l'expérience des DS pilotes, le Ministère et ses partenaires au développement pourraient explorer les voies et moyens de **soutenir la digitalisation** dans le cadre du suivi des visites de supervision formative et intégrée en vue **d'établir un lien entre les résultats des formations sanitaires et le soutien apporté par les ECD**.

## **B. Normes et outils**

Le MSPLS à travers la **cellule technique nationale FBP** pourrait, en plus des indicateurs de résultats, **inclure des indicateurs de processus** dans le cadre de l'évaluation qualité en vue de maintenir la dynamique des équipes des formations sanitaires dans un **processus d'amélioration continue**.

Pour inculquer aux prestataires de services la culture de la qualité et le respect des normes, à travers **une vision de la qualité comme un processus à différents paliers**, il serait indiqué de soutenir une approche par **niveau de qualité**, comme reflété dans les outils d'autoévaluation développés dans le cadre du projet. Cette approche aiderait les CDS à prioriser les actions pour **garantir d'abord la sécurité** des soins et la sécurité au travail avant d'entreprendre des mesures pour les **niveaux optimaux ou de confort**.

## **C. Ressources humaines**

Dans un **contexte de ressources humaines limitées**, caractérisé par une forte mobilité du personnel qualifié, et se référant à l'expérience de l'approche intégrée de management de la qualité développé avec l'appui du projet SDRS, le MSPLS et ses partenaires pourraient explorer les voies et moyens **d'investir de façon substantielle dans les personnels moins qualifiés** qui ont des compétences et des savoirs. Du fait de leur **durabilité dans les structures**, ils connaissent mieux leur formation sanitaire, et sont aussi les **représentants du CDS dans la communauté** à laquelle ils appartiennent.

# Chapitre 7

---

## L'innovation digitale – les NTIC



L'AQDS utilise l'outil numérique pour le suivi des visites au CDS Kibumbu © GIZ / Cyprien Mbonyingingo



## 7.1 L'innovation digitale : les NTIC en bref

Pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations et des données collectées en temps réel, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) sont devenues incontournables. Les gains en efficacité, et la maîtrise d'un volume important d'informations sont sans commune mesure avec l'époque bientôt révolue d'une administration basée sur le papier.

Pour appuyer de façon efficiente l'approche intégrée de management de la qualité, notamment le monitoring de routine et la préparation des rapports de coaching, les Assistants qualité des Districts sanitaires (AQDS) ont été outillés de tablettes et d'un logiciel de récolte de données. Ces dispositifs ont été utilisés depuis la 3ème édition du Concours qualité (CQ) pour suivre le développement de l'approche ainsi que les changements opérés pour les différentes thématiques d'application, dont le calcul des notes pour la rétroinformation des structures participantes et l'attribution des prix.

Après la fin du CQ – à l'initiative des partenaires du niveau opérationnel – les masques de saisie ont été adaptés aux besoins des DS pour refléter le paquet minimum d'activités (PMA) des formations sanitaires (conformément au principe de l'alignement) et s'intègrent ainsi encore mieux aux dispositifs de monitoring des DS.



## 7.2 En savoir plus sur les NTIC dans le management de la qualité

### Objectifs

La documentation de l'approche intégrée de management de la qualité, pendant sa mise en œuvre et pour certains aspects d'évaluation, était assurée à travers le monitoring effectué par les AQDS dans le cadre de leur soutien aux équipes des centres de santé. Dans ce cadre, les outils numériques de suivi ont été introduits pour **alléger leur travail de rapportage et faciliter la simplification des autres étapes d'un cycle du CQ**.

En plus des données de monitoring, quelques autres variables ont été récoltées de façon routinière par les AQDS afin de répondre aux enjeux de l'évaluation (voir [Chapitre 8](#)). Cette récolte régulière et variée a permis la création de bases de données (BDD) conséquentes, pouvant être croisées, consolidées, corrigées et analysées spécifiquement. L'utilisation des NTIC répond donc aussi à l'enjeu de la redevabilité vis-à-vis du bailleur mais aussi vis-à-vis des parties prenantes et, plus largement, contribue à produire des données probantes pouvant inspirer les projets futurs.

### Méthodes

Pour faciliter la collecte des données, le logiciel EPI-INFO a été choisi car c'est un logiciel libre et gratuit que les DS peuvent apprendre à utiliser. Les masques pour la saisie des données qui ont été construits lors du CQ3 et ensuite revus en intégrant les besoins des DS restent des outils tout à fait exploitables dans l'avenir. EPI-INFO permet d'élaborer en toute facilité des questionnaires et des bases de données.

Pour l'exploitation des bases de données le logiciel STATA a été utilisé. Le choix de ce logiciel a été fondé sur les facilités qu'il offre pour générer des résultats de routine. Les données agrégées et synthétisées pouvaient en effet être extraites simplement via une programmation spécifique. Les routines préparées sur le suivi permettent assez facilement de générer des résultats spécifiques, par exemple sous la forme de fichiers Excel à destination de chaque AQDS ou de chaque EQ.

### Processus

Pour la 3ème édition du CQ, l'option d'introduire les outils de suivi digitalisés a été mise en œuvre à tous les niveaux. Ainsi l'équipe du projet, avec l'appui de l'experte internationale du CIRTES de l'Université Catholique de Louvain (UCL) chargée du backstopping, a été mise à contribution pour l'élaboration des différents outils requis pour le monitoring du CQ3. Différents masques ont été conçus :

- Masques de saisie « Autoévaluation »
- Masque de saisie « Visite par l'AQDS »
- Masques de saisie « Suivi des changements »
- Masque de saisie « Suivi des compétences des AQDS ».



L'experte a apporté son appui technique pour le renforcement des compétences de l'équipe du projet et pour le développement des guides (notamment : Guide de l'utilisateur des tablettes, Guide des procédures EPI-INFO, circuit des données...) ainsi que l'élaboration des scripts STATA pour les analyses de routine.

De plus, un renforcement des compétences des utilisateurs du niveau opérationnel sur l'utilisation de l'outil numérique (tablettes) et la sécurité des données constituent des préalables. Pour faciliter la transmission des données, il est nécessaire de garantir une connectivité internet tenant compte de l'environnement de travail.

### **Les acteurs dans la gestion des bases de données**

Les principaux acteurs dans le circuit des données pour le suivi des visites et des changements sont surtout :

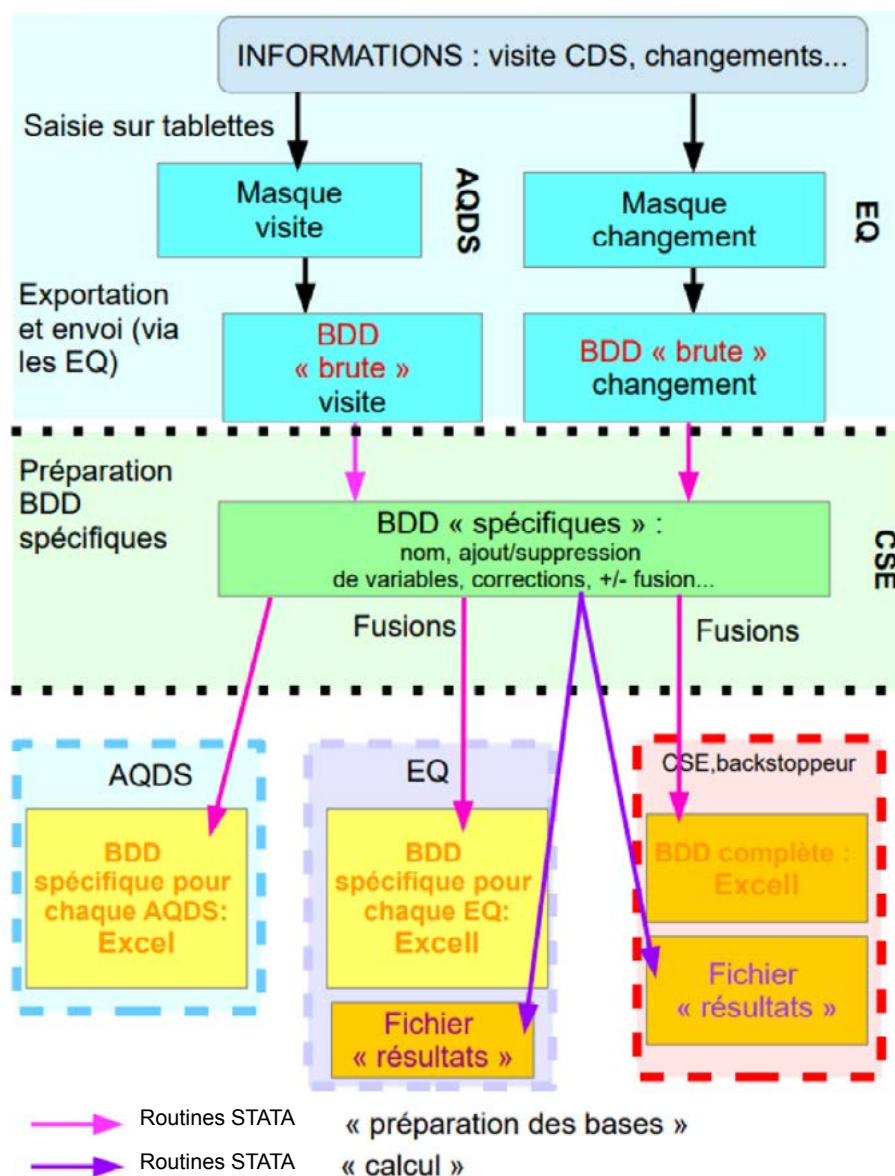
- Les Assistants qualité de district sanitaire (AQDS) : premiers producteurs des données
- Les Experts qualité : les producteurs des données au second degré
- La Cellule suivi-évaluation (CSE) du projet : qui traite et analyse les données avec l'appui de l'experte.

Le suivi des compétences des AQDS est assuré par les EQ, et l'experte fait des analyses pour générer des résultats permettant de réajuster les actions lors de la mise en œuvre.

### **Exploitation des bases de données**

Depuis la première séquence du CQ3, les données pour le monitoring sont collectées en utilisant des tablettes. Cela permet d'avoir des données digitales faciles à traiter rapidement avec moins d'erreurs, à analyser en utilisant des logiciels comme Excel et STATA.

Le schéma suivant illustre le circuit de l'information.



Avec les NTIC on peut monitorer en continu et donner des feedbacks aux acteurs ; mais aussi croiser des bases de données (BDD) pour avoir une vision complète, notamment dans un objectif d'évaluation.

Dans le cadre de l'approche intégrée de management de la qualité, les données ci-après sont suivies et traitées selon un rythme préalablement défini.

### BDD autoévaluations

Les résultats des autoévaluations documentées sur papier par les formations sanitaires sont analysés et saisis sur le masque de saisie « Suivi des changements » de l'autoévaluation concernée.

Les données ainsi saisies étaient traitées par l'experte en utilisant les routines STATA pour apprécier les progrès réalisés par les CDS.

### BDD suivi des visites de soutien aux centres de santé par des AQDS



La documentation des visites de soutien est assurée à l'aide des tablettes grâce à un masque de saisie pour le suivi des visites. Les bases de données « Suivi des visites » sont régulièrement partagées avec la CSE du projet qui fait des analyses et produit des résultats. Les résultats issus de l'exploitation des BDD « Suivi des visites » sont partagés avec les équipes cadres des DS et des BPS pour identifier des actions correctrices.

### **BDD suivi des changements réalisés dans les centres de santé**

Les changements réalisés par les équipes des formations sanitaires sont suivis à l'aide d'un masque « Suivi des changements » sur la base du rapportage assuré lors des visites de soutien effectuées par les AQDS. Ces BDD ont servi pour analyser le niveau de développement des CDS en termes de validation des indicateurs et atteinte des niveaux de qualité afin d'identifier des actions de réajustement par rapport à l'accompagnement de ces formations sanitaires.

### **BDD suivi des compétences des AQDS**

Trois domaines de compétences (technique, communication, leadership) sont régulièrement suivis auprès des AQDS et sont documentés à l'aide d'un masque « Suivi des compétences ». Les BDD « Suivi des compétences » sont analysées par l'experte. Cette documentation a permis d'évaluer les compétences acquises par les AQDS et leurs besoins en renforcement des compétences.

## **Avantages**

Les représentations graphiques générées à l'aide des routines STATA constituent une bonne base pour la réflexion et la prise d'engagements conséquents à tous les niveaux :

- Grâce à l'alignement sur les outils du DS concernant les rapports de visites, les BDD peuvent alimenter aussi le DS lors des analyses périodiques et prises de décision de l'ECD.
- La digitalisation facilite le suivi et la réactivité.
- Elle permet d'avoir des informations plus harmonisées et systématisées, plus régulières et plus accessibles (comparées aux rapports écrits et narratifs).
- Les informations sont plus globales grâce à la fusion des bases de données.
- Avec la digitalisation, le risque de perte des informations est minimisé moyennant un délai raccourci entre activités et rapportage, donc moins de biais de mémorisation.
- Elle permet en outre de gagner du temps et de l'énergie, ce qui donne plus de temps disponible pour l'analyse et la prise de décisions éclairées.

Elle permet l'évaluation et la production de résultats « objectifs » qui facilitent la prise de décision, ainsi que le plaidoyer.



## Contraintes

Depuis 2020, le [Plan national de développement de l'informatique de Santé](#) prévoit l'informatisation des ressources humaines et des hôpitaux, mais le projet d'informatiser les centres de santé reste exploratoire. L'introduction des NTIC à ce niveau était donc tout à fait innovante et n'a pas manqué de soulever des difficultés.

Malheureusement, il n'existe pas encore de logiciel libre ou à faible coût permettant un recueil à la fois souple, stable et adapté à des bases de données conséquentes. (Pouvoir changer des variables en cours de projet est compliqué avec EPI-INFO qui n'a pas été conçu dans cet objectif.) Le logiciel libre choisi par le projet s'est donc avéré insuffisamment adapté et source de difficultés techniques. **Cela a conduit à développer des stratégies complémentaires pour répondre aux besoins quotidiens (suivi par les EQ qui ont été formés à corriger les erreurs, débloquer des problèmes techniques etc.).**

Il faut aussi tenir compte du temps d'adaptation des utilisateurs à cette stratégie innovante. Cependant, après trois années de projet, les utilisateurs maîtrisent assez bien l'outil, et le temps d'investissement nécessaire à la maîtrise est maintenant compensée par un gain de temps pour l'analyse.



## 7.3 Pistes pour la pérennisation des NTIC dans le MQ

**Convaincus par l'expérience probante** de l'utilisation des tablettes par les AQDS pour une gestion optimale des informations du monitoring dans le cadre du CQ, ce sont **les partenaires du niveau** opérationnel qui ont pris l'initiative de demander au projet de transférer les bases de données pour poursuivre le suivi digitalisé des visites de supervision formative et intégrée/coaching des formations sanitaires. Le Concours qualité étant fini, ils ont demandé en plus au projet **d'adapter les masques de saisie** – qui étaient axés sur les seules thématiques du CQ – pour la **supervision du paquet minimum d'activités** (PMA) complet des centres de santé. Cette adaptation a fait partie des activités de « pérennisation » auxquelles le projet s'est consacré au cours de l'année 2022.

A la suite du renforcement des compétences des ECD sur la gestion des bases de données (BDD), ces partenaires sont en mesure de poursuivre le suivi digitalisé des visites de supervision formative et intégrée avec les masques de saisie que le projet a adaptés aux besoins des DS.

Les partenaires du niveau opérationnel pourraient encourager l'organisation de séances d'analyse en équipe au niveau des DS sur la base du plan d'analyse établi pour l'exploitation des BDD « suivi des visites ». La **triangulation de ces résultats avec ceux du DHIS2** pourrait leur permettre d'identifier les besoins spécifiques et leur assurer un accompagnement conséquent.

Le MSPLS et ses partenaires au développement pourraient soutenir la gestion digitale des données et la production des résultats, en **mettant à contribution les superviseurs les plus performants** en la matière et en organisant des **formations des gestionnaires du Système d'informations sanitaires (SIS) en Excel avancé**.

# Chapitre 8

## Les effets démontrés de l'approche CQ-MQ



Satisfaction des participants après la remise des prix du CQ2 au DS Fota et de Kibumbu © GLZ / Rukemampunzi Landry

## 8.1 Les effets de l'approche CQ en bref

L'évaluation des effets de l'approche s'est basée sur la **théorie du changement** et a utilisé des méthodes mixtes faisant dialoguer des résultats d'analyses quantitatives et qualitatives issues de bases de données variées. La présente analyse se base sur les années 2019 à 2022, correspondant à la troisième édition du Concours qualité (CQ3). (Voir le rapport d'évaluation à <https://health.bmz.de/download/rapport-evaluation-cq3>.)

### Activités du projet

De façon prévisible, le soutien des Experts qualité (EQ) du projet aux AQDS (Assistants qualité des Districts sanitaires) n'a pas été homogène dans le temps. Certaines périodes ont été plus intenses (surtout en début et fin de projet). A l'inverse, certains facteurs ont limité ce soutien, surtout quand ils se sont cumulés (notamment en 2020). Ce soutien est passé par l'**accompagnement des EQ lors de 215 visites** d'AQDS (soit 16,1% du total des visites AQDS avec une moyenne de 11,4 visites par AQDS). Cet accompagnement est comparable entre EQ mais pas entre AQDS, les EQ ayant tendance à soutenir les AQDS en difficulté. En plus de l'accompagnement de visites, les EQ ont analysé les rapports et rencontré les AQDS soit individuellement soit en groupe. Les objectifs de ces contacts sont répartis de façon équilibrée entre le renforcement de compétences en MQ, les échanges sur les thématiques du CQ, les briefings et debriefings de visites, la planification et les feedbacks sur les rapports.

### Effets directs chez les AQDS

L'évaluation de l'acquisition des compétences des AQDS montre une **progression significative de toutes les compétences** (techniques, leadership, communication). Cette progression a été plus marquée au début du projet et – logiquement – s'est ralentie vers la fin. En fin de projet, les autoévaluations de compétences par les AQDS ne sont pas significativement différentes de celles réalisées par les EQ. Nous pouvons supposer que les AQDS ont acquis une compréhension assez claire de leur rôle pour s'évaluer objectivement.

Au total, les AQDS ont réalisé **1335 visites** de formations sanitaires sur 28 mois. En moyenne, chaque formation sanitaire a été visitée 14,8 fois, soit tous les 56,6 jours en moyenne. Hormis sur la période de mi-2020, les visites ont été globalement régulières. Ces visites ont duré en moyenne 4h21, ce qui respecte les recommandations du Ministère de la Santé.

### Effets pour les équipes des formations sanitaires

Le **coaching des AQDS** a été très apprécié par les équipes des formations sanitaires. Il a d'abord favorisé l'acquisition des compétences et permis l'autonomisation puis l'appropriation des outils de MQ. Mais les participants ont surtout été marqués par le **changement de style de supervision**. Développant une relation de confiance basée sur l'écoute et la réflexivité, le coaching a stimulé **le travail d'équipe, la motivation et l'engagement**. Soulignons que cette posture participative et horizontale, permettant **la reconnaissance** de tous les membres de l'équipe y compris des catégories les moins qualifiées, est inhabituelle dans le contexte burundais.



Le développement d'une **dynamique positive d'équipe** se manifeste par une participation optimale aux réunions d'équipe (en moyenne, sur les 28 mois d'observation, les réunions regroupaient 60% des membres de l'équipe). Si les responsables de formations sanitaires ont été logiquement plus souvent présents, les autres catégories se sont impliquées de manière comparable. Parmi les présents, en moyenne plus de 60% ont **participé activement et spontanément** aux échanges. Ces résultats concernent aussi les catégories les moins qualifiées qui ne sont habituellement pas impliquées dans la prise de décision. Cette implication a aussi concerné **les Comités de santé (COSA)** avec une représentation qui augmente au fur et à mesure du temps (moyenne totale : 1 représentant de la communauté par réunion). Cette participation est active et spontanée dans 75% des réunions alors même que les réunions pouvaient aborder des aspects spécifiques assez éloignées du quotidien de non professionnels.

D'un point de vue qualitatif, le travail d'équipe a **transformé les habitudes et les relations au travail**. Les changements concernent d'abord un meilleur **niveau d'information** pour tous les membres de l'équipe qui contribue à leur **visibilisation**, en particulier des catégories peu qualifiées, dont les aides-soignants, les gardiens et les chargés de propreté. **L'inclusion en particulier des catégories peu qualifiées** au sein de l'équipe a été concrétisée par une participation directe et active de tous les membres de l'équipe, par exemple au moment des analyses de situation, mais aussi par le **transfert de pouvoir décisionnel**, par exemple au niveau du choix des activités visant l'amélioration de la qualité. Information, inclusion et pouvoir décisionnel ont **favorisé la collaboration et l'entraide** entre membres des équipes, y compris entre catégories professionnelles. Cette collaboration horizontale est tout à fait remarquable du fait qu'elle transgresse les frontières habituellement hermétiques entre catégories sociales.

La **motivation** autour du management de la qualité (MQ) est initialement extrinsèque (liée à la compétition positive mais aussi aux récompenses indirectes par de meilleures primes du mécanisme de Financement basé sur la performance – FBP). Cependant, la motivation décrite par les équipes est plus fondamentalement intrinsèque. **La triple reconnaissance** (par la hiérarchie, les pairs et les usagers) et **l'appartenance** au groupe ainsi que les transformations du travail collectif ont directement contribué à **la satisfaction et au bien-être** au travail.

### Les effets sur la qualité des services

**Les niveaux de qualité** ont été évalués au début, au milieu et à la fin de l'intervention pour chacune des 5 thématiques qui sont divisées en deux dimensions ou axes (soit 10 axes au total)<sup>1</sup>. Les niveaux respectent une logique incrémentielle en 5 paliers (*minimal, sécurité, attendu, confort* et *innovant*). A la première évaluation, très peu de formations sanitaires validaient un niveau *sécurité*. En fin de cycle, pour chacun des dix axes, ce niveau *sécurité* est validé par, en moyenne, trois quarts des formations sanitaires. Le niveau *attendu*, qui inclut le niveau *sécurité*, est validé par environ deux tiers des formations sanitaires pour 7 axes et par un tiers pour les 3 autres axes. Le niveau *confort*, qui correspond à la validation de l'ensemble des 82 indicateurs prédéfinis, est lui-même validé 174 fois sur les 10 axes. En moyenne, pour chaque axe, environ 20% des formations sanitaires valident ce niveau optimal de qualité. En conclusion, on observe une nette amélioration des niveaux de qualité sur tous les axes et les écarts de performance entre axes restent modérés.

<sup>1</sup> Les axes sont deux dimensions de la thématique qui ont été choisies pour être approfondies, ex. pour SSRAJ « accès à l'information » et « accès aux services ».



Pour valider ces niveaux de qualité, les équipes des formations sanitaires ont été autonomes dans le choix et **la mise en œuvre des changements**. Ceux-ci ont été évalués à l'aide d'un score permettant aussi au projet de valoriser les efforts pour le classement au concours. Ces scores étaient basés sur les ressources mobilisés, l'impact sur la qualité, la visibilité pour les usagers et la pérennité. Les thématiques traitées dès le début du cycle ont logiquement été celles avec les meilleurs scores finaux. Dans l'ordre, les scores de changements touchent d'abord la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ), la planification familiale (PF) et l'hygiène puis les violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) et la consultation prénatale recentrée (CPNR).

On observe des différences significatives entre scores moyens des DS mais ces résultats restent satisfaisants puisque les DS les moins performants obtiennent en moyenne 68% des scores des meilleurs. Ces différences de scores entre DS sont convergentes avec les analyses précédentes où **un effet contexte** intervient sur chacun des trois niveaux : district, province et EQ. Quoique classique et attendu, cet effet contexte reste difficile à objectiver mais semble globalement modéré.

### Pérennité et impacts estimés

Différents éléments permettent d'estimer la pérennité. D'une part, les effets sur les **dynamiques d'équipe** sont collectifs, profonds et satisfaisants pour les acteurs impliqués (formations sanitaires et ECD). D'autre part, les résultats concrets ont été convaincants pour les acteurs qui se sont aussi appropriés l'approche (par exemple, dans les formations sanitaires, en utilisant les outils de MQ en dehors du CQ ou, dans les DS, en s'impliquant pour transmettre les compétences et pratiques aux ECD non AQDS). A moyen terme, il est donc probable que ces dynamiques se poursuivent.

Les changements réalisés pour améliorer la qualité correspondent à ce qui est visible pour les usagers et ont contribué à améliorer la réputation des formations sanitaires. Ils permettent aussi de valider les indicateurs FBP et d'obtenir un meilleur financement. Si la **satisfaction des usagers et l'amélioration des indicateurs qualité** du FBP n'ont pas pu être directement objectivées dans notre évaluation, l'enquête qualitative menée auprès des équipes de formations sanitaires montre que ces **résultats concrets ont nourri l'engagement des équipes et la satisfaction** au travail.

### Le coût-efficacité

L'approche complète (hors les ressources humaines du projet) a coûté environ 1600 millions de Francs burundais (environ 730.000 Euros) sur trois ans. Environ deux tiers de ces coûts correspondent à de l'investissement (surtout les renforcements des compétences qui constituent à eux seuls 56% du budget total) ; c'est-à-dire à des coûts qui ne sont plus nécessaires à court et moyen termes. La compétition positive représente environ 20% de ces coûts mais elle a aussi été très gourmande en ressources humaines du projet pour assurer l'équité, la justice et la transparence du concours. Enfin, les coûts de fonctionnement liés au soutien aux DS pendant la phase du concours (subventions pour les visites, communication) ne correspondent qu'à 11% des coûts totaux. Pour la période de « pérennisation » (en 2022, quand le CQ était terminé), ces coûts de fonctionnement ne représentent plus que 53 millions BIF ; c'est-à-dire moins de 4000 Euros par DS et par an.



Compte tenu des effets objectivés, l'approche se révèle donc très coût-efficace ; surtout si on exclut la stratégie de compétition positive pour se concentrer sur les autres piliers. De plus, les efforts en faveur de la pérennisation des acquis représentaient un investissement très faible.

## En conclusion

L'évaluation globale de l'approche révèle un ensemble de preuves convergentes et robustes en faveur de quatre dimensions :

1. **Le coaching**, qui correspond à une supervision formative et intégrée, est efficace. Le changement de style de supervision est d'autant plus pertinent qu'il peut être concrétisé en quelques mois et à faibles coûts.
2. **Le travail d'équipe** est une source de reconnaissance et de satisfaction au travail. Il permet une plus grande efficacité dans l'amélioration de la qualité. En s'appuyant sur le collectif plutôt que sur quelques individus susceptibles de quitter leur poste, le travail d'équipe est un élément de pérennité.
3. La compétition positive fait entrer dans le processus mais ce sont **les effets qui ont convaincu** et ont nourri l'engagement vers des changements profonds et pérennes. Cette compétition positive est ce qui est le plus coûteux en ressources et ne devrait pas être privilégiée de prime abord.
4. **La dynamique positive d'amélioration continue de la qualité est soutenable.** Dans les 6 DS qui ont expérimenté l'approche, la pérennisation des acquis est **peu coûteuse et efficace**, notamment grâce à une **synergie avec le FBP**. A défaut de pouvoir idéalement investir pour une mise à l'échelle des stratégies efficaces (supervision formative et intégrée, MQ, travail d'équipe), une attention particulière devrait être portée sur la consolidation des acquis.

## 8.2 En savoir plus sur les effets objectivés

### Objectif et méthode générale

L'évaluation des effets de l'approche a été réalisée en suivant la théorie du changement proposée pour le cycle 3 (voir [encart](#) et [annexe](#) sur la théorie du changement). Cette évaluation a pour objectif de vérifier les hypothèses sur les effets attendus par rapport à la planification initiale des activités, ainsi que d'identifier les facteurs associés à ces effets.

Cette évaluation utilise des méthodes mixtes alliant des analyses descriptives et statistiques classiques et des analyses qualitatives. Les données utilisées sont celles recueillies par le projet, soit pour le monitoring de routine, soit dans le cadre d'un recueil qualitatif spécifique pour l'évaluation (pour le détail, consultez le [rapport d'évaluation](#)).

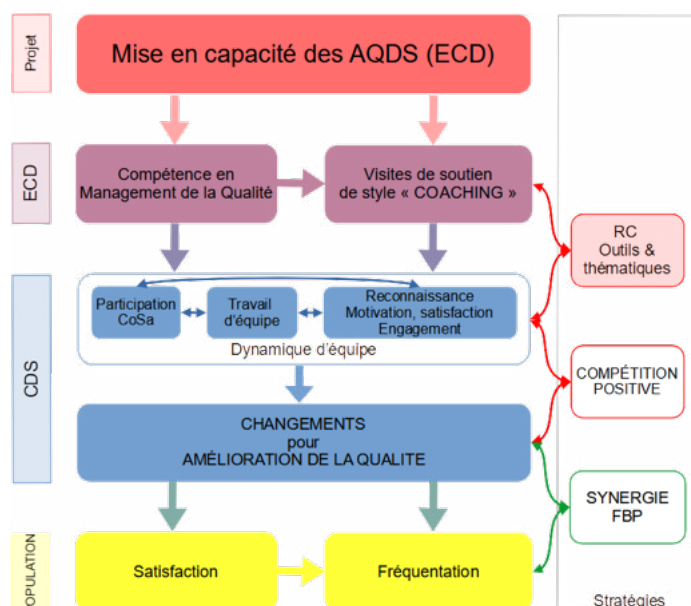


Figure 1: Théorie du changement générale de l'approche - version synthétique

### Evaluation du soutien des EQ aux AQDS : mise en capacité Equipes EQ et AQDS

Trois Experts qualité ont démarré le projet. Chaque EQ assurait le suivi de 2 Districts sanitaires (DS).



Figure 2: Soutien des AQDS par les EQ

Théoriquement, le projet incluait 3 AQDS par DS – soit 18 AQDS, mais à différentes périodes en cours de projet des remplacements et permutations ont eu lieu. Parmi les 23 AQDS suivis sur tout le projet, 9 n'ont pas eu un suivi complet et donc moins d'accompagnement. Il faut noter que ces changements touchent surtout le DS de Kibumbu où un seul AQDS a été présent tout au long du projet. A l'inverse, la province de Muramvya (2 DS suivis par un seul EQ) n'est pas affectée par ces changements. Les analyses présentent donc les résultats globaux mais aussi ceux pour les 14 AQDS qui ont pu bénéficier d'un accompagnement complet.



## Calendrier du soutien

Le calendrier se divise en 3 périodes opérationnelles couvrant 6 semestres au total. La première période correspond à un semestre pour démarrage (2019 : recrutement, formations initiales) et 2 semestres pour la séquence 1 du concours (2020 : 3 thématiques). La seconde période correspond à la séquence 2 du CQ (2021 : 5 thématiques). La troisième période (2022) correspond à la clôture du CQ et aux mesures en faveur de la pérennisation des acquis.

## Accompagnement des visites durant les 2 séquences du « concours qualité »

**Les EQ ont accompagné 215 visites** soit 16,1% des 1335 visites réalisées par les AQDS. Les AQDS suivis complètement ont été accompagnés en moyenne dans 11,35 visites (min : 7 ; max : 16). Il n'y a pas de différence significative de la fréquence d'accompagnement ni entre semestres, ni entre EQ.

En moyenne, sur tout le projet, les EQ ont accompagné une visite tous les 3,72 jours. On n'observe pas de différence significative entre les EQ pour ces délais. Cependant, on observe des délais significativement plus courts en début d'intervention (2019) et à la fin (2<sup>e</sup> semestre 2021) lié au fait que les AQDS ont globalement réalisé plus de visites à ces périodes.

En moyenne, sur tout le projet, chaque AQDS a en moyenne été **accompagné par un EQ tous les 70 jours environ**. On n'observe pas de différence significative entre les EQ pour ces délais. Cependant, cette moyenne cache de grandes disparités, car ces délais entre 2 visites accompagnées pour un même AQDS varient de 1 jour à 370 jours. Parmi les 14 AQDS suivis tout le long du projet (ceux qui n'ont pas été remplacés), 9 ont eu une voire deux périodes de plus de 200 jours sans accompagnement. Cette hétérogénéité s'explique en partie par un soutien différencié selon les besoins des AQDS (les EQ privilégiant les AQDS nouveaux et/ou en difficulté).

## Fiabilité de l'accompagnement des visites par rapport aux prévisions

L'intervention ne s'est pas réalisée de façon linéaire. Les différentes périodes correspondent à des étapes où le soutien aux AQDS devrait varier. Nous attendions théoriquement deux formes de variations dans le temps, liées d'une part aux périodes d'activités intenses pour les équipes (notamment lors des changements de séquence) et d'autre part à une différenciation dans le temps (les AQDS les plus performants et autonomes devant être de moins en moins accompagnés).

On ne remarque globalement pas de différence de rythme de soutien selon l'EQ. En revanche des cycles de soutien intensifs puis moindres apparaissent. On peut ainsi mettre en évidence des périodes d'accompagnement moins soutenu qui correspondent effectivement aux changements de séquence. De plus, une conjonction d'événements externes et internes au projet a conduit à une période de 5 mois (mai à septembre 2020) avec un suivi moins intense des visites des AQDS.

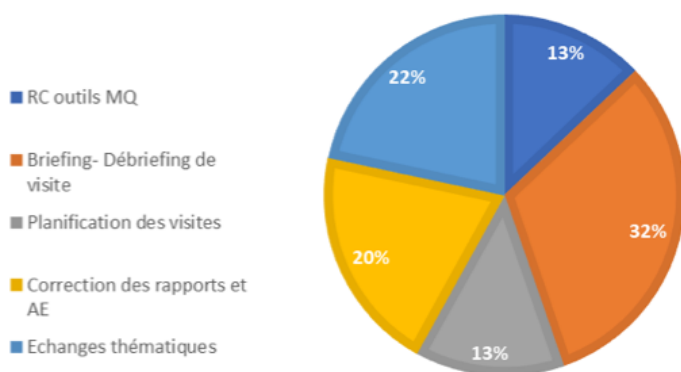
## Autres types d'accompagnements

L'accompagnement des visites représente logiquement la part la plus importante des contacts EQ-AQDS. L'analyse des rapports et les feedbacks sur le monitoring représentent près d'un quart des occasions de contact. Les rencontres individuelles et collectives représentent 21% de ces contacts tandis que les temps de formations formelles ont finalement représenté une faible proportion des contacts.

PROPORTION DES TYPES DE CONTACTS RAPPORTÉS



OBJECTIFS DES CONTACTS AQDS-EQ



Globalement, les objectifs de contacts représentent une part comparable même si, logiquement, les briefings et debriefings de visites sont les objectifs les plus fréquents.

## Acquisition des compétences des AQDS

### Méthodologie

Le **référentiel des compétences AQDS** développé dès 2016 (début du CQ2) a permis la création d'une grille d'évaluation composée d'indicateurs liés aux éléments de compétence (voir [Annexe IV-3](#)). Les compétences AQDS sont divisées en 3 axes de compétences (techniques, leadership, communication). Cependant, les analyses ne montrant pas de différence significative entre les évolutions de ces axes, les résultats sont présentés pour les moyennes globales. Cette évaluation est structurée en 4 niveaux de performance retenus pour chaque critère : Faible, Moyen, Performant, Très performant (échelle de Likert 4).

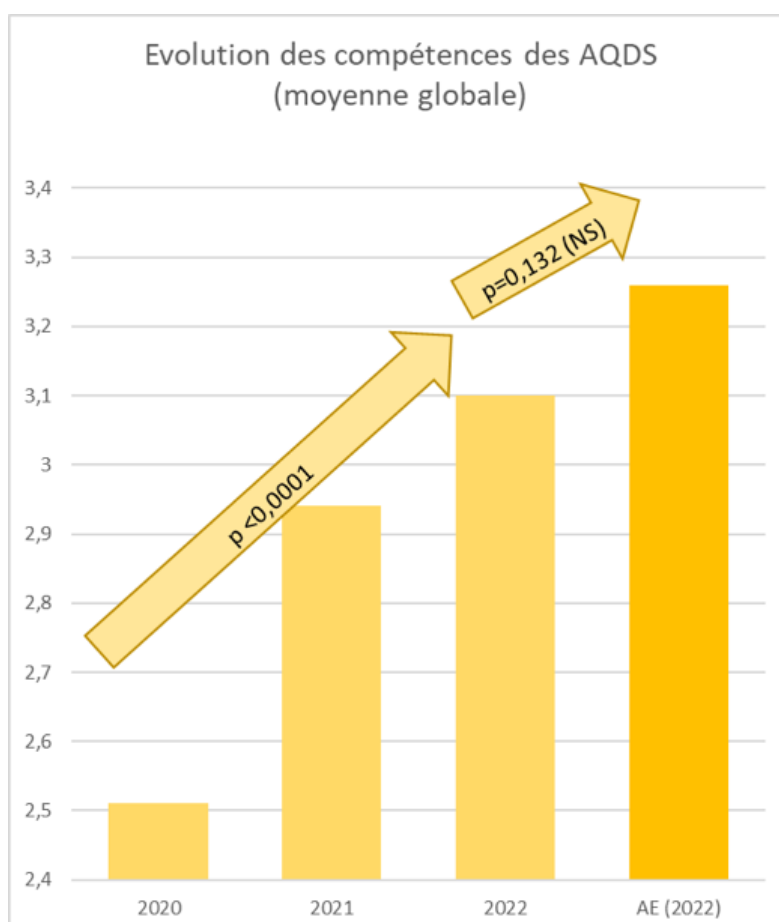
De nombreuses limites méthodologiques, notamment en termes de validité de construit, de contenu, de fidélité et de faible puissance statistique, ne permettent pas de faire d'inférence sur les résultats obtenus. Cependant, cette évaluation reste fiable en interne ; c'est-à-dire qu'elle renseigne sur une évolution avant-pendant-après dans le cadre de l'intervention.

Enfin, afin de lisser les périodes et les données manquantes liées à des reportages intermédiaires incomplets, les évaluations sont présentées sous la forme de moyenne annuelle (2020-2021-2022) par AQDS ainsi qu'un point « autoévaluation » en 2022. Les résultats présentés ici ne considèrent que les 18 AQDS ayant bénéficié d'un suivi complet entre mars 2020 et octobre 2022.

## Evolution des scores de compétences des AQDS

On observe une progression significative de toutes les compétences entre 2020 et 2021. La progression reste positive entre 2021-2022 mais ralentie et devient non significative. Sur l'ensemble des séquences (2020-2022), la progression est très significative pour toutes les compétences.

Par ailleurs, on observe une différence positive entre l'autoévaluation et la moyenne des scores de 2022 réalisés par les EQ. Cela peut être dû à une petite surestimation des AQDS mais aussi par le fait que cette autoévaluation a été réalisée en fin de projet (et que les compétences ont continué d'augmenter). Enfin, cette différence reste non significative ( $p > 0.05$  : NS), ce qui tend à montrer que les AQDS ont une évaluation assez objective de leur compétence. Dit autrement, cela signifie que les AQDS sont devenus assez compétents et ont acquis une connaissance assez claire de leur rôle pour évaluer leur propre niveau.



## Facteurs de l'intervention influençant l'acquisition des compétences

Une modélisation en régression linéaire a permis de mettre en évidence les facteurs de la progression moyenne des compétences des AQDS dont les deux plus importants sont :

- La séquence est le facteur le plus important et est très significatif. Dit autrement, les compétences ont surtout **évolué au fur et à mesure du temps**.
- Le nombre total de mois de soutien est le second en importance et est très significatif. Dit autrement, les AQDS qui n'ont pas bénéficié d'un soutien complet ont moins progressé.

Le modèle final (à 4 facteurs) explique à lui seul près de 59% de la progression des compétences ( $R^2_{adj}$ : 0.5895) et est très significatif.

## Soutien des formations sanitaires par les AQDS

### Nombre de visites

Au total les AQDS ont réalisé 1335 visites entre sept 2019 et décembre 2021. La séquence 1, qui dure 16 mois, a logiquement, permis plus de visites (en moyenne 121,5 visites par DS) que la séquence 2 qui dure 12 mois (en moyenne 101 visites par DS).

Les différences entre DS dépendaient du nombre de formations sanitaires suivies. Ainsi, les DS avec plus de formations sanitaires, comme à Kibumbu et Kibuye, ont fait plus de visites que les autres, comme Fota et Muramvya.

La comparaison des nombres de visites réalisés pour les 16 AQDS présents tout au long du projet montre des différences entre personnes à la fois entre les DS, à l'intérieur d'un DS (dans chaque DS, on peut remarquer la présence d'un AQDS avec plus de visites que ses collègues) et selon la séquence observée. Globalement, le nombre de visites réalisées par AQDS varie du simple au double (de 21 à 55 en S1 et de 21 à 42 en S2).

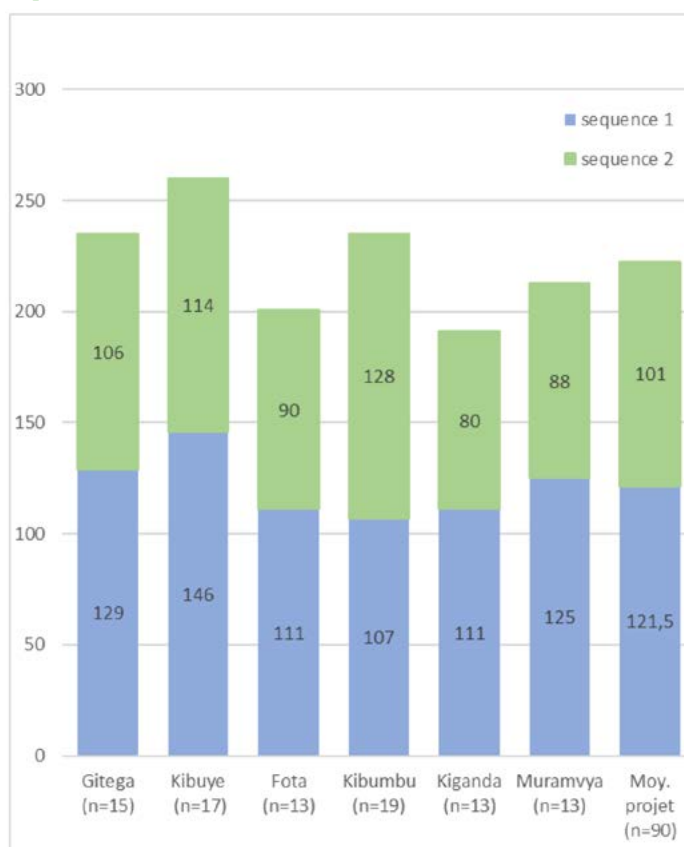


Figure 3: Nombre de visites par séquence, par DS et en moyenne

En moyenne, sur tout le projet, chaque formation sanitaire a été visitée 14,8 fois ; soit **en moyenne tous les 56,6 jours**. Il y a eu, logiquement, plus de visites lors de la séquence 1, qui est plus longue de 4 mois. Les différences entre DS sont probablement liées au nombre de formations sanitaires suivies, d'autant que le nombre d'AQDS reste le même.

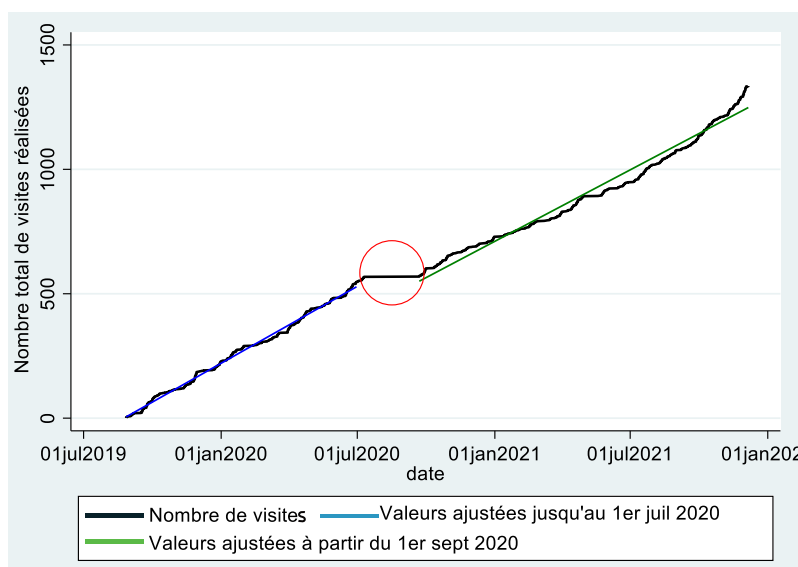
## Régularité des visites

Globalement, les visites ont été très régulières, surtout en séquence 1 (la courbe est une droite presque parfaitement identique aux valeurs ajustées en bleu).

Entre mai et septembre 2020, on note un quasi-arrêt des visites (élections, COVID-19, formations).

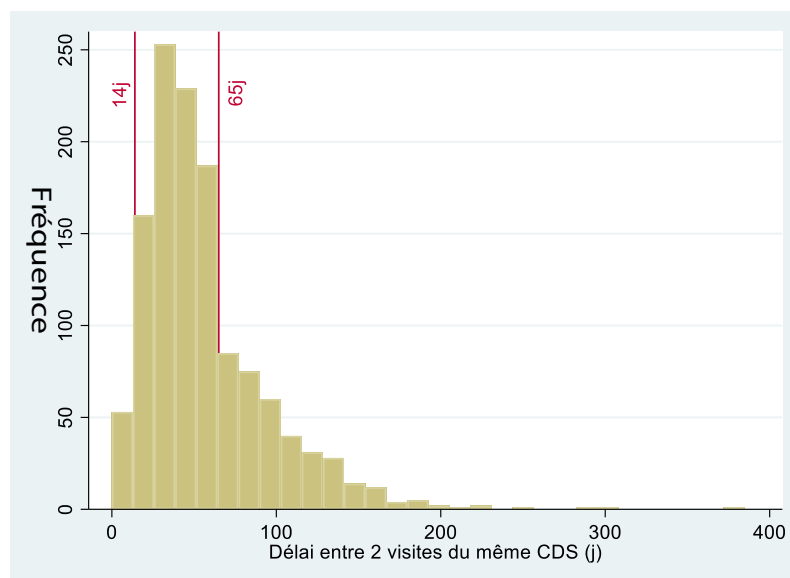
Elles reprennent ensuite avec une régularité moins franche mais respectant toujours les prévisions d'une visite tous les 2 mois (la pente des valeurs ajustées en vert restant la même avant et après la période d'arrêt).

Cette régularité globale cache néanmoins des différences entre DS. Les DS de Gitega, Kibuye et Muramvya sont restés globalement réguliers dans leurs visites tandis que les DS de Fota, Kibumbu et Kiganda ont eu tendance à « décrocher » après l'été 2020. Ce décrochage a été partiellement rattrapé à Fota et surtout à Kibumbu tandis qu'il s'est accentué jusqu'en 2022 pour Kiganda.



## Délais entre deux visites d'une même formation sanitaire

Le délai entre deux visites d'une même formation sanitaire varie de 1 jour à 385 jours, mais reste en moyenne de 56,57 jours (soit un peu moins que les 60 jours prévus). La médiane est de 46 jours et l'histogramme des fréquences montre que l'essentiel des délais se situe entre 14 jours et 65 jours. Globalement, ces délais sont comparables dans le temps (en dehors de la période de pause des visites mi-2020 où des délais de plus de 150 jours ont été relevés).



On observe encore une fois une différence entre des DS très réguliers dans les délais de visites (Gitega, Kibuye, Muramvya), des DS plus irréguliers (Fota et Kiganda) et un DS très irrégulier (Kibumbu), où les délais ont été aussi significativement plus longs que dans les autres DS.

## Durée des visites

En moyenne sur toutes les périodes, les visites ont duré 4h21 (minimum : 55min ; maximum : 9h10 ; médiane : 4h13). Ces résultats sont compatibles avec les durées idéales de visites présentées dans le Guide de supervision intégrée du Ministère (au moins 3h et moins de 6h).

Ces durées ont significativement diminué en séquence 2 pour tous les DS sauf à Muramvya (moyenne globale de 4h36 en séquence 1 à 4h04 en séquence 2). Cette baisse s'explique probablement par un besoin de soutien moins important au fur et à mesure du temps (le coaching étant logiquement plus intensif au démarrage que lors du suivi).

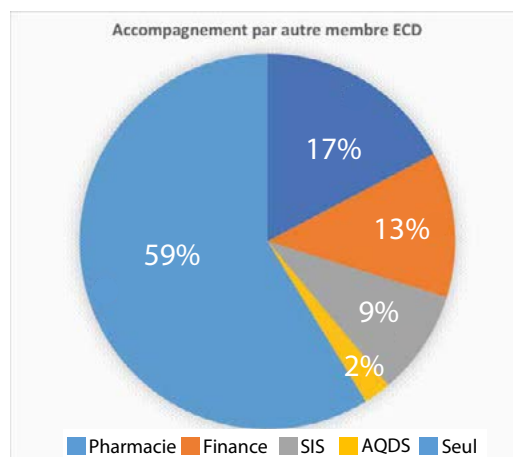
Quelle que soit la période, on relève encore des différences entre DS : Gitega et Kibuye ont des durées moyennes de visites plus longues que la moyenne globale tandis que Fota et Kiganda ont des durées moyennes plus courtes.

Ces moyennes par DS cachent de grandes disparités entre AQDS. Certains AQDS ont été très réguliers dans les durées de leurs visites tandis que d'autres sont beaucoup plus irréguliers (notamment dans le DS de Kibumbu).

Au total, chaque AQDS a réalisé en moyenne 303h21 de visites (médiane : 293h46). Cette durée totale varie entre AQDS (en particulier parce que certains AQDS sont partis en cours de projet) mais surtout entre DS. Les DS de Gitega et Kibuye ont en moyenne plus d'heures de visite par AQDS tandis que les DS de Fota, Kiganda et Kibumbu (dont 1 seul AQDS est resté sur toute la période) sont en dessous.

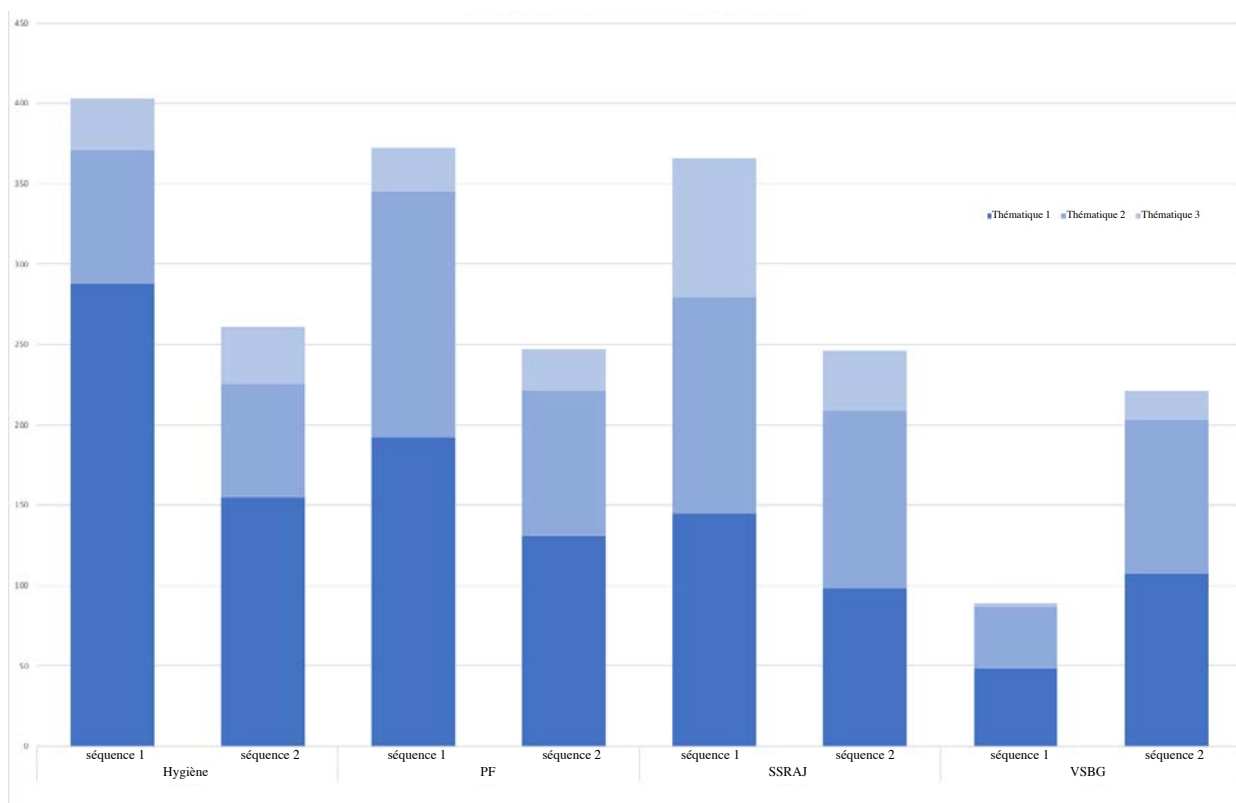
## Accompagnement par un autre membre ECD

L'essentiel des visites ont été réalisées par les AQDS seuls, étant donné leur rôle professionnel au sein de l'ECD dans l'encadrement des équipes des formations sanitaires en tant que superviseurs polyvalents, mais aussi de leur rôle dans le développement de l'approche intégrée de management de la qualité. Les visites conjointes avec les autres membres de l'ECD (gestionnaires Finance, Pharmacie, Système d'informations sanitaires – SIS) visaient à rapprocher le soutien réflexif à la supervision classique formative intégrée. De plus, les visites conjointes visaient à répondre aux besoins spécifiques des centres de santé identifiés par les AQDS dans les domaines des finances, du SIS ou de la pharmacie. Toutes ces visites ont été appuyées par le projet à travers une subvention locale octroyée par le projet aux districts sanitaires.



## Thématiques traitées durant les visites

Durant les visites, les AQDS pouvaient aborder jusqu'à 3 thématiques différentes (mais ont souvent dû se concentrer sur une seule). L'hygiène puis la PF puis la SSRAJ sont restées les thématiques les plus souvent abordées, même en séquence 2 (les données sur la CPNR manquent). Ce traitement est probablement dû au fait que ce sont les thématiques que les AQDS maîtrisent le mieux et pour lesquelles les formations sanitaires étaient « prêtes ». Il est aussi possible que l'ordre des thématiques proposé dans les autoévaluations ait influencé cette priorisation (l'ordre du traitement correspondant à l'ordre des AE).



## Effets du coaching

Au cours de l'enquête qualitative, les acteurs (formations sanitaires, ECD et Bureaux de Provinces sanitaires - BPS) ont pu préciser les effets du coaching au niveau des formations sanitaires. Tout d'abord, ce coaching a favorisé **l'acquisition de compétences**, en particulier en management de la qualité. Cette acquisition de compétences a permis le développement de **l'autonomie** des équipes qui se sont approprié les outils de MQ en les utilisant dans d'autres domaines, soit dans le cadre des activités de la formation sanitaire soit à l'extérieur.

« Le CQ nous a montré **comment travailler.** » (Comptable)

« La Roue de Deming est un **outil simple que nous maîtrisons.** Elle est utilisée aussi dans d'autres thématiques autres que celles du CQ. » (Infirmière)

« Quand nous attendions que le superviseur arrive, on avait peur et on était malheureux de les voir parce que quand ils arrivent, ils ne nous saluaient pas, ils ne disaient pasce qu'ils cherchaient. Mais aujourd'hui, ils nous saluent. » (Chargé de propreté)

« Le fait d'accepter de s'asseoir avec nous tous, nous écouter et demander ce qu'on pense quant à la recherche de l'amélioration de la qualité, on n'avait vraiment jamais vu ça. » (Infirmière)

Le changement de style de supervision a été remarqué et largement salué par les équipes des formations sanitaires. Ce changement s'est caractérisé par le développement d'une relation de confiance entre les équipes et l'AQDS qui a délaissé la supervision de contrôle au profit d'une écoute nouvelle et inclusive, contribuant au développement du travail d'équipe. Adoptant une posture plus humble et horizontale, les AQDS ont nourri la reconnaissance à la fois du travail réalisé mais aussi des personnes. Cette reconnaissance hiérarchique est d'autant plus marquante qu'elle est inhabituelle pour les catégories professionnelles les moins qualifiées (comme les chargés de propreté).

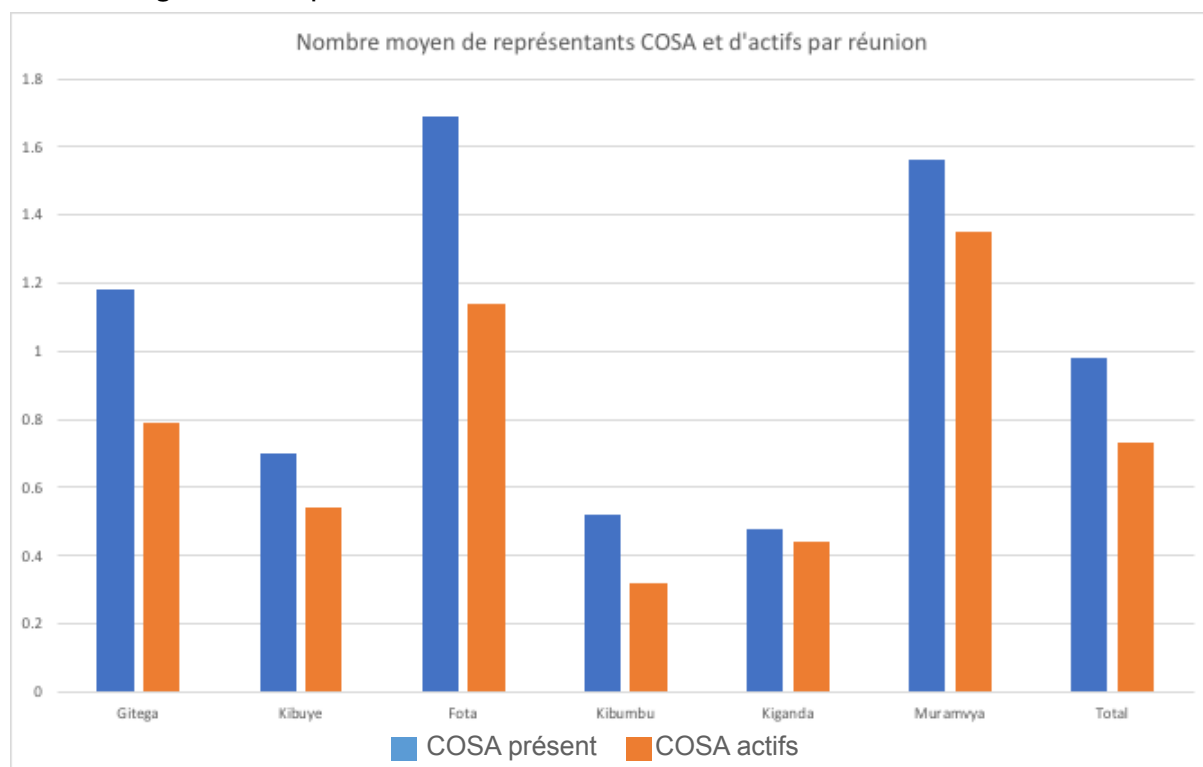
## Dynamiques d'équipe dans les formations sanitaires

### Participation des membres des Comités de santé (COSA)

Le nombre total de représentants de chaque COSA est inconnu ; il reste variable dans le temps et selon la formation sanitaire ou le DS. Il est donc impossible de calculer un taux de participation ou d'attribuer les différences dans le nombre de représentants présents selon le DS.

On retiendra cependant deux informations importantes :

1. Au cours des 28 mois de suivi (séquences 1 et 2), les COSA ont été représentés en moyenne par 1 personne à chaque réunion. Cette présence des COSA ne s'émousse pas avec le temps mais a, au contraire, tendance à augmenter : la moyenne passe de 0,87 présents en séquence 1 (2019-20) à 1,21 en séquence 2 (2021) et cette différence est significative ( $p=0.0003$ ).



2. Les représentants présents ont en moyenne participé activement à ces réunions dans 75% des cas. Cette implication est d'autant plus remarquable que les thématiques traitées pouvaient parfois être techniques et assez éloignées du quotidien de personnes non professionnelles de santé. Ce résultat montre un engagement des COSA dans le processus.

Ces résultats encourageants peuvent être en partie attribués au fait que cette implication des COSA était une des trois racines de la qualité valorisées pour le classement au CQ (voir [Chapitre 2](#)). On peut cependant aussi présumer que cette implication sur une longue période a été soutenue par le développement d'une dynamique positive et motivante et par l'engagement autant des équipes que des COSA.

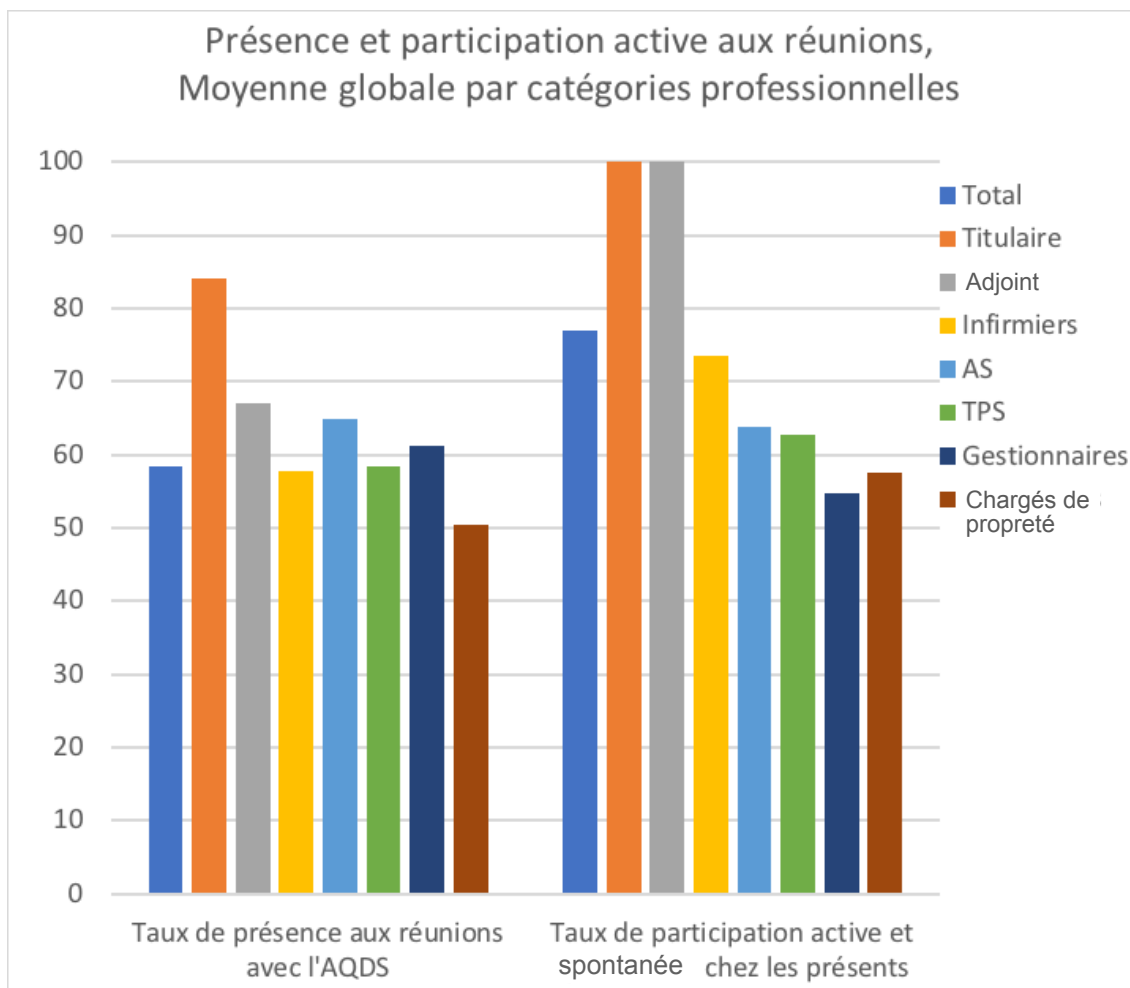
## Travail d'équipe

Le travail d'équipe est une stratégie importante de l'approche (voir [encart Travail d'équipe](#)) qui devait soutenir l'engagement, la satisfaction et la pérennité des changements.

### Présence et participation aux réunions

En moyenne, sur toute la durée du projet, les membres des équipes des formations sanitaires ont été présents à 58,4%. Ce taux de participation correspond à une valeur proche de l'optimale compte tenu que la priorité quotidienne reste la prise en charge des patients. Il est donc attendu qu'une partie de l'équipe soit absente, soit du fait des activités de la formation sanitaire soit du fait des plannings (congrés, récupérations, absences pour formations ou activités extérieures). Parmi les personnes présentes, 62,8% ont participé activement aux échanges ; résultat notable qui montre un accès à la prise de parole.

On ne note pas de différences significatives de participation entre DS. En revanche, on relève assez logiquement une plus grande présence et surtout une plus grande participation active des titulaires et des adjoints. Cette participation active a tendance à baisser avec le niveau de qualification. Cela peut être dû d'une part au fait que les moins qualifiés ont moins l'habitude de s'exprimer en groupe que les plus qualifiés qui ont habituellement plus de pouvoir décisionnel. D'autre part, certaines discussions plus techniques et directement liées à des activités de soins ont logiquement favorisé l'expression des personnes qualifiées.





## Entente de l'équipe de la formation sanitaire

Le relevé des dynamiques d'équipe au cours des réunions avec les AQDS montre dans une large majorité une très bonne entente entre les personnes et les groupes formant les équipes des formations sanitaires. Cette entente est cependant moins franche dans le DS de Gitega où les catégories professionnelles semblent être restées éloignées les unes des autres, voire en conflit.

## Développement du travail d'équipe

Lors de l'enquête qualitative, le travail d'équipe est apparu comme un élément central pour les participants de l'approche. L'amélioration de ce travail d'équipe passe par un meilleur niveau d'information de tous et une transparence sur les activités menées. L'inclusion et la visibilisation de groupes souvent négligés, comme les chargés de propreté, ont été réalisés à la fois au niveau des supérieurs hiérarchiques (les AQDS et titulaires) mais aussi au niveau des pairs (les collègues de l'équipe). Cette inclusion a été concrétisée par une participation directe et active, par exemple au moment des analyses de situation mais aussi par le transfert de pouvoir décisionnel, par exemple au niveau du choix des activités visant l'amélioration de la qualité. Information, inclusion et pouvoir décisionnel ont favorisé la collaboration et l'entraide entre membres des équipes, y compris entre catégories professionnelles. Cette collaboration horizontale est tout à fait remarquable du fait qu'elle transgresse les frontières habituellement hermétiques entre catégories sociales.

« ... avant la venue du CQ dans les formations sanitaires, on dirait que nous le personnel d'appui, **nous n'existons pas**, on n'était pas à l'aise. » (Chargé de propreté propreté)

« Par exemple, avant CQ, les infirmiers pensaient que les stérilisations étaient pour les chargés de propreté seulement, on ne savait pas comment stériliser les pinces. Mais avec le travail en équipe, on sait stériliser et je sais que la stérilisation n'est pas pour les chargés de propreté mais **pour tous**. » (Infirmière)

## Leadership

Lors des réunions, les AQDS ont pu relever les types de leadership des titulaires et adjoints. Pour une large majorité, les leaders se sont montrés actifs et impliquant les équipes. Le DS de Gitega montre cependant une part plus importante de réunions où les leaders se sont montrés dirigistes ou peu engagés. Ces différences de leadership peuvent en partie expliquer les différences observées au niveau des dynamiques d'équipes et de l'entente.

Au niveau de l'enquête qualitative, l'importance du leadership est soulignée par les participants. En particulier, l'engagement des titulaires dans le processus et leur exemplarité en matière de collaboration entre catégories facilitent l'engagement collectif dans une dynamique d'équipe.

« ... **l'attitude du chef** compte beaucoup, que le chef accepte de se mettre au même rang que les autres membres de l'équipe, les autres changeront si le chef change. » (Titulaire)



## Motivation, reconnaissance, satisfaction au travail

La compétition positive figure évidemment parmi les facteurs de l'approche qui ont contribué à la motivation des équipes. Cette compétition stimule **la motivation extrinsèque**, soit directement via les prix décernés en fonction du classement, soit indirectement via de meilleures primes FBP.

Cependant, l'enquête qualitative montre que cette motivation extrinsèque est moins importante que ce que l'on pourrait imaginer a priori. La **motivation intrinsèque** semble prendre une place centrale. Cette motivation est portée par les meilleures relations d'équipe et conditions de travail ainsi que la **triple reconnaissance** par les supérieurs hiérarchiques, les pairs et les usagers.

« Bien sûr nous fournissons beaucoup d'efforts pour avoir les **prix du CQ**. Toutefois, ça ne veut pas dire que nous travaillons pour avoir des prix seulement, un travail réussi donne **une image positive** de nous-mêmes en particulier et de la formation sanitaire en général. »  
(Infirmière)

« Ce n'est pas le prix au CQ qui compte pour nous, c'est plutôt la **reconnaissance de nos efforts**. »  
(Titulaire)

« Si les **patients nous complimentent** en disant que nous les accueillons bien, que nous donnons des services dans la rapidité, ça nous encourage, c'est motivant. »  
(Chargé de propreté)

Au sein de l'équipe, la valorisation de chacun, le sentiment d'utilité quelle que soit la fonction, la collaboration et l'entraide ont soutenu la satisfaction au travail. Le développement des compétences et l'amélioration des conditions de travail ont aussi contribué au bien-être au travail.

« On parlait avec nos collègues chargés de propreté seulement. Mais maintenant nous voyons qu'**on a de la valeur** parce qu'on collabore avec tout le personnel. Ça nous a poussé à aimer beaucoup notre travail. » (Chargé de propreté)

Motivation, reconnaissance et satisfaction se sont donc mutuellement renforcées, dans une dynamique positive et collective qui s'ancre sur l'équipe mais qui se nourrit aussi des résultats objectifs (les niveaux de qualité atteints, les évaluations qualité du FBP) et subjectifs (la satisfaction des usagers, la réputation de la formation sanitaire).

« Nous sommes vraiment **satisfaits au travail** parce que nous avons **des facilités** dans nos activités, nous avons des compétences grâce au Concours Qualité et par conséquent nous sommes à mesure de travailler en **satisfaisant la communauté**. » (Titulaire)

« Le CQ favorise le **bien-être au travail** en créant un environnement de travail agréable par le renforcement des liens entre le personnel, une bonne ambiance, en créant la chaleur entre tout le personnel de la formation sanitaire. » (Infirmière)



## Engagement de l'équipe

L'engagement objectif de l'équipe au cours de l'intervention a pu être évalué par l'engagement pendant les réunions avec les AQDS. Globalement, les équipes ont été engagées collectivement lors de ces réunions : Les individus, les groupes socio-professionnels, comme les aspects spécifiques à certaines catégories professionnelles ont été inclus dans les discussions. Le district de Gitega montre cependant un engagement moins fort avec une partie des équipes où seulement un petit groupe de personnes se sont engagées. Ces résultats sont concordants avec une entente moins franche des équipes et un leadership moins engagé dans ce DS.

Au niveau de l'enquête qualitative, l'engagement se révèle par une volonté affirmée de **poursuivre les acquis**, en particulier liés au travail d'équipe et aux compétences dans l'amélioration continue de la qualité. Ce niveau d'engagement est porté par la dynamique positive instaurée : Les équipes sont satisfaites des résultats et motivées à poursuivre dans ce sens.

Cet engagement est lié à **l'adoption puis l'appropriation** des outils de management de la qualité mais aussi des nouvelles dynamiques au travail. Cette appropriation se manifeste par l'utilisation, en dehors de la sphère professionnelle, des outils du MQ (comme la Roue de Deming) et par une facilité nouvelle, et inhabituelle au Burundi, à collaborer avec des groupes sociaux différents.

« Nous voulons que ce que nous avons acquis grâce au CQ continue, nous voulons que ça **continue à aller de l'avant**, parce que ce sont nos activités quotidiennes que nous devons toujours faire. Personne ne peut vouloir mal travailler alors que c'est son travail quotidien. » (Titulaire)

« Le CQ est entré jusque **dans nos veines**. Je continuerai à bien travailler parce que j'ai des compétences grâce au CQ. » (Infirmière)

« Bientôt, je serai en pension, je continuerai à planifier dans mes activités familiales. » (Infirmière)

## Effets sur l'amélioration de la qualité

### Méthodologie spécifique

Les changements réalisés par les équipes ont été évalués sur la base des 3 autoévaluations et validés par l'AQDS assurant le suivi. Chacune des 5 thématiques (Hygiène, PF, SSRAJ, CPNR et VSBG) a été traitée en 2 axes principaux. Ces 10 axes contenaient chacun 5 niveaux de qualité :

- Le niveau 1 est le minimal, où il manque au moins 1 indicateur de niveau 2.
- Les niveaux 2 (*sécurité*), 3 (*attendu*) et 4 (*confort*) sont évalués par 2 à 3 indicateurs. Pour passer au niveau supérieur, il faut avoir validé tous les indicateurs des niveaux précédents. Le niveau *confort* correspond donc à la validation de l'ensemble des 82 indicateurs.
- Le niveau 5 correspond à celui de *l'innovation* et n'a pas d'indicateur prédéfini.



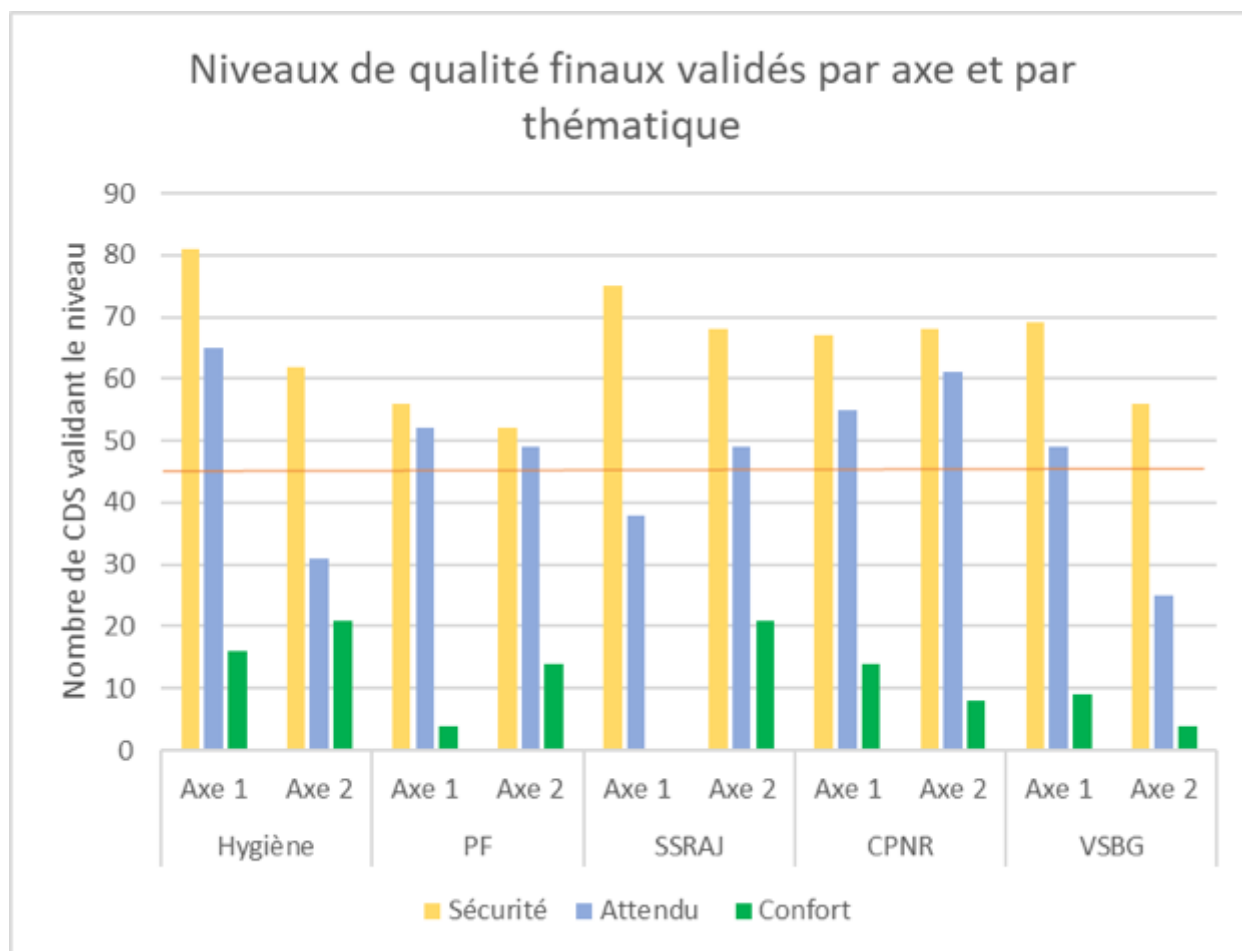
Une première façon d'évaluer la qualité est donc de comparer les niveaux initiaux et finaux des 5 thématiques. Mais le niveau atteint ne renseigne pas complètement sur les changements réellement réalisés puisque les formations sanitaires peuvent valider des indicateurs de niveau supérieur sans avoir complètement validé les niveaux inférieurs. Dans un tel cas la formation sanitaire restera au niveau inférieur, même s'il ne lui manque qu'un seul indicateur du niveau supérieur. Ce système incrémentiel a pour objectif d'inciter les formations sanitaires à donner la priorité aux changements aux niveaux inférieurs qui garantissent la sécurité des usagers et des professionnels de soins. Pour compléter l'évaluation des niveaux de qualité, on s'intéresse à tous les indicateurs validés.

Chaque indicateur est validé à partir de 2 à 4 critères obligatoires (par exemple le respect du calendrier de nettoyage quotidien des locaux). mais les équipes ont pu mettre en place des activités « bonus » (par exemple un comité d'hygiène fonctionnel). Pour chaque critère (obligatoire ou bonus), l'équipe du projet a attribué des points (entre 10 et 70) selon une grille d'évaluation considérant les ressources investies, la visibilité, l'impact sur la qualité et la pérennité. Les scores de changements correspondent à la somme des points obtenus pour chacun des nouveaux critères validés par la formation sanitaire. Ces scores permettent de suivre une évolution des changements dans le temps et de comparer des formations sanitaires ou des DS.

### Niveaux de qualité atteints

A l'autoévaluation initiale, très peu de formations sanitaires (1 à 3 par axe) valident un niveau sécurité ou supérieur, quel que soit la thématique. En fin de cycle, le niveau sécurité est validé par environ trois quarts des formations sanitaires pour toutes les thématiques (entre 57% des formations sanitaires pour l'axe 2 de la PF et 90% pour l'axe 1 de l'hygiène ; moyenne générale : 65 des 90 formations sanitaires). Le niveau attendu est validé, pour 7 des 10 axes, par environ 2 tiers des formations sanitaires (moyenne générale : 54 des 90 formations sanitaires). Pour les 3 autres axes (axe 1 de la SSRAJ et axes 2 de l'hygiène et VSBG), ce niveau attendu est validé par environ un tiers des formations sanitaires (moyenne : 31 formations sanitaires sur 90). Le niveau confort, qui correspond à la validation de l'ensemble des 82 indicateurs prédéfinis, est lui-même validé 111 fois sur les 10 axes. En moyenne, pour chaque axe, environ 12% des formations sanitaires valident ce niveau de performance. Sur ce niveau optimal, on observe logiquement un peu plus d'hétérogénéité, selon la thématique et l'axe. Ainsi, pour l'axe 2 de la SSRAJ, 23% des formations sanitaires valident ce niveau alors que pour l'axe 1 aucune des formations sanitaires ne l'atteint.

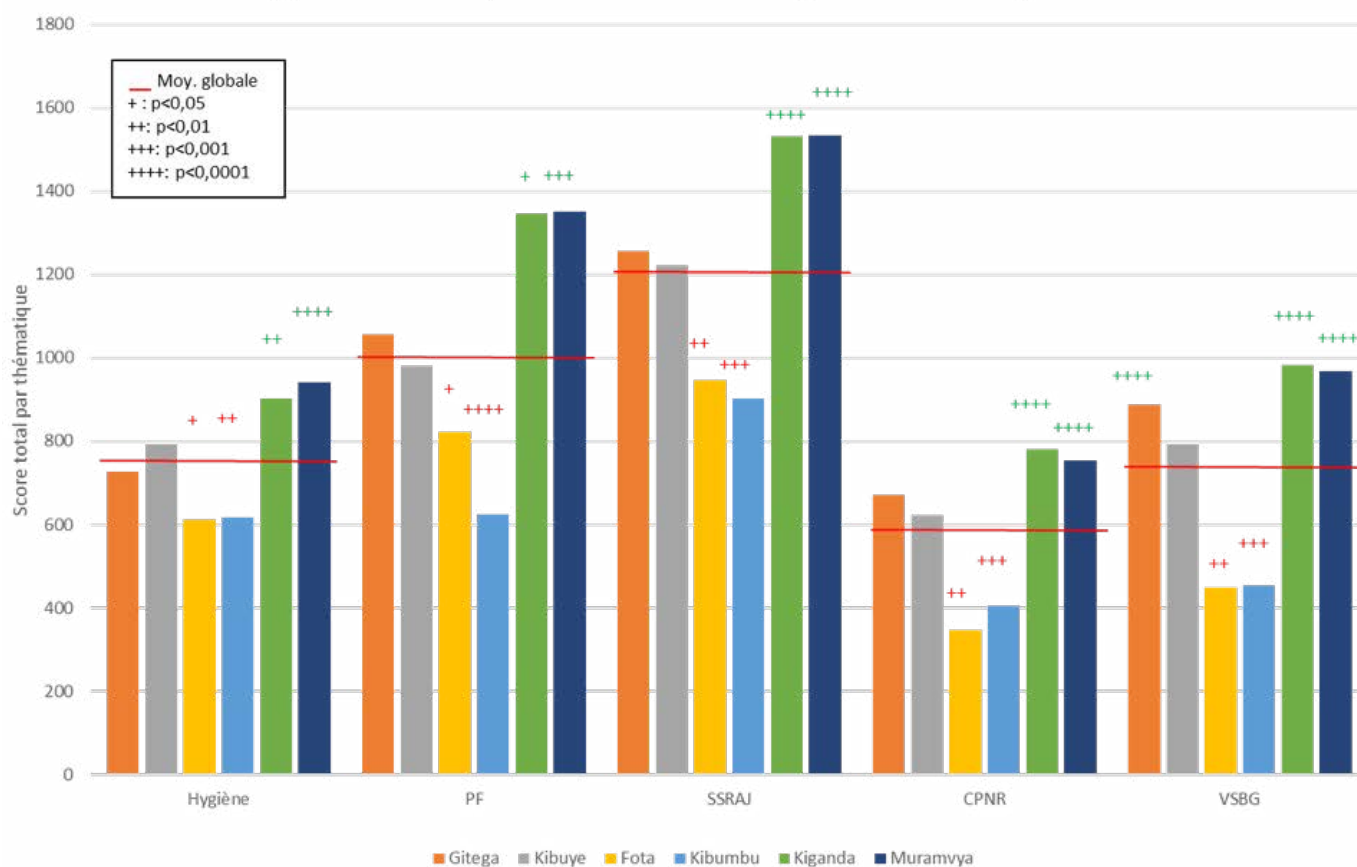
D'un point de vue global, on relève donc une **nette amélioration des niveaux de qualité** sur tous les axes. Les écarts de performances entre axes restent modérés, y compris pour les thématiques innovantes (VSBG et CPNR).



### Scores des changements réalisés en vue de valider les niveaux de qualité

Les thématiques de la 1ère séquence ont logiquement des scores de changements plus élevés que pour les 2 thématiques de la séquence 2. D'une part les équipes ont eu deux fois plus de temps pour améliorer ces scores. D'autre part, ce sont des thématiques déjà connues des équipes alors que les VSBG sont une thématique tout à fait nouvelle pour beaucoup de personnes (des formations sanitaires ou des DS) et que la CPNR est une thématique plus spécifique à certaines catégories professionnelles (les infirmières sont notamment beaucoup plus concernées). Malgré ces nouveautés, les équipes des formations sanitaires ont réussi à opérer des changements relativement importants et les scores moyens de ces 2 dernières thématiques s'avèrent appréciables (la moyenne des changements est de 586 points par formation sanitaire pour la CPNR et 740 points pour les VSBG).

## Progression moyennes des scores par thématiques et DS



Enfin, ces scores de changements révèlent des performances différenciées et significatives selon les DS. Kiganda et Muramvya atteignent les meilleurs scores pour toutes les thématiques alors que Fota et Kibumbu obtiennent les moins bons scores pour toutes les thématiques.

### Estimation de la pérennité et des impacts

L'ensemble des éléments de l'évaluation forme un faisceau de preuves assez convergentes qui nous permettent d'estimer la pérennité ainsi que les impacts de l'approche.

Tout d'abord, une partie importante des **effets observés sont profonds et collectifs**. Le développement du travail d'équipe a fondamentalement changé les façons de faire et de vivre ensemble au travail. La collaboration et le soutien mutuel a brisé au moins en partie les barrières entre catégories socio-professionnelles. Le collectif permet aussi de pallier les défaillances et trajectoires individuelles. La reconnaissance apportée par l'appartenance à l'équipe mais aussi les effets concrets et visibles par tous ont été des sources de satisfaction au travail et d'engagement. Ces arguments plaident en faveur d'une pérennité, au moins à moyen terme, des dynamiques mises en place au niveau des équipes. Cependant, faire équipe n'est jamais définitif et il est probable que chaque formation sanitaire et chaque ECD cheminera différemment en l'absence du soutien apporté par le projet.

« Nous continuerons à faire du bon travail même si nous ne recevons pas de prix, et on améliorera nos activités. (...) Je continuerai à améliorer mon travail et à aller de l'avant. » (Microscopiste)



Il est très difficile d'évaluer objectivement, et surtout d'attribuer des impacts d'une intervention. Nous n'avons par exemple pas pu évaluer l'évolution de la satisfaction et de la fréquentation des usagers ni eu l'opportunité d'estimer les différences de performances mesurées par le dispositif du FBP. Cependant, nous avons quelques éléments d'informations sur ces deux types d'impacts. D'une part, la satisfaction de la communauté et la meilleure réputation des formations sanitaires sont largement évoquées au cours de l'enquête qualitative

« Les usagers sont **satisfaits** parce qu'il y a un bon accueil. Dans la communauté quand on rentre du travail, ils nous disent qu'on les oriente et qu'on les accueille très bien. » (Chargé de propreté)

« La fréquentation de la formation sanitaire augmente. Vous entendez que le FBP augmente parce que les indicateurs qu'on nous achète sont validés. Le CQ contribue énormément sur les **performances au FBP**. » (Titulaire)

réalisée auprès d'une centaine de personnes, de toutes catégories (y compris ECD). Cette satisfaction des usagers est d'ailleurs source de fierté et du sentiment d'utilité. La meilleure qualité et la bonne réputation de la formation sanitaire contribuent certainement à augmenter la fréquentation. Par ailleurs, grâce à l'alignement des indicateurs du concours sur ceux du FBP, les primes à la performance accordées par le FBP augmentent logiquement. Cette synergie est évoquée par les responsables des formations sanitaires comme les ECD mais aussi par les autres catégories professionnelles, qui témoignent d'une meilleure situation financière des formations sanitaires. Ces deux impacts ont pour particularité d'alimenter une dynamique positive où l'amélioration de la qualité est récompensée socialement et par de meilleures conditions matérielles au travail.

### Efficiences de l'approche

L'approche complète (hors ressources humaines du projet) a coûté environ 1600 millions de Francs burundais (environ 730.000 Euros) sur 3 ans. L'essentiel de ces coûts correspond cependant à la période intensive 2019-21. Environ deux tiers de ces coûts correspondent à de l'investissement ; c'est-à-dire à des coûts qui ne sont plus nécessaires à court et moyen termes. Les activités de renforcement des compétences représentent à elles seules 56% du budget total ; ce qui est cohérent avec les objectifs de la mise en capacité des acteurs. Le soutien à la mobilité (achat de motos) et les NTIC représentent 11% du budget. Les dépenses de fonctionnement constituent un tiers du budget. L'organisation du concours représente à elle seule 58% des coûts de fonctionnement et 20% des coûts totaux. Elle a aussi été très gourmande en ressources humaines du projet pour assurer l'équité, la justice et la transparence du concours. Le soutien aux DS pour la mise en œuvre durant les deux séquences du CQ (subventions locales pour les visites, communications...) constitue 11% du budget total. Enfin, pour la période de « pérennisation » (en 2022, quand le CQ était terminé), ces coûts de fonctionnement ne représentent plus que 3% du budget soit 53 millions BIF ; c'est-à-dire moins de 4000 Euros par DS et par an.

Compte tenu des effets objectivés, l'approche se révèle donc **très coût-efficace** ; surtout si on exclut la stratégie de compétition positive pour se concentrer sur les autres piliers du management de la qualité. De plus, **les dépenses pour promouvoir la pérennisation en 2022 se sont avérées très modestes**.

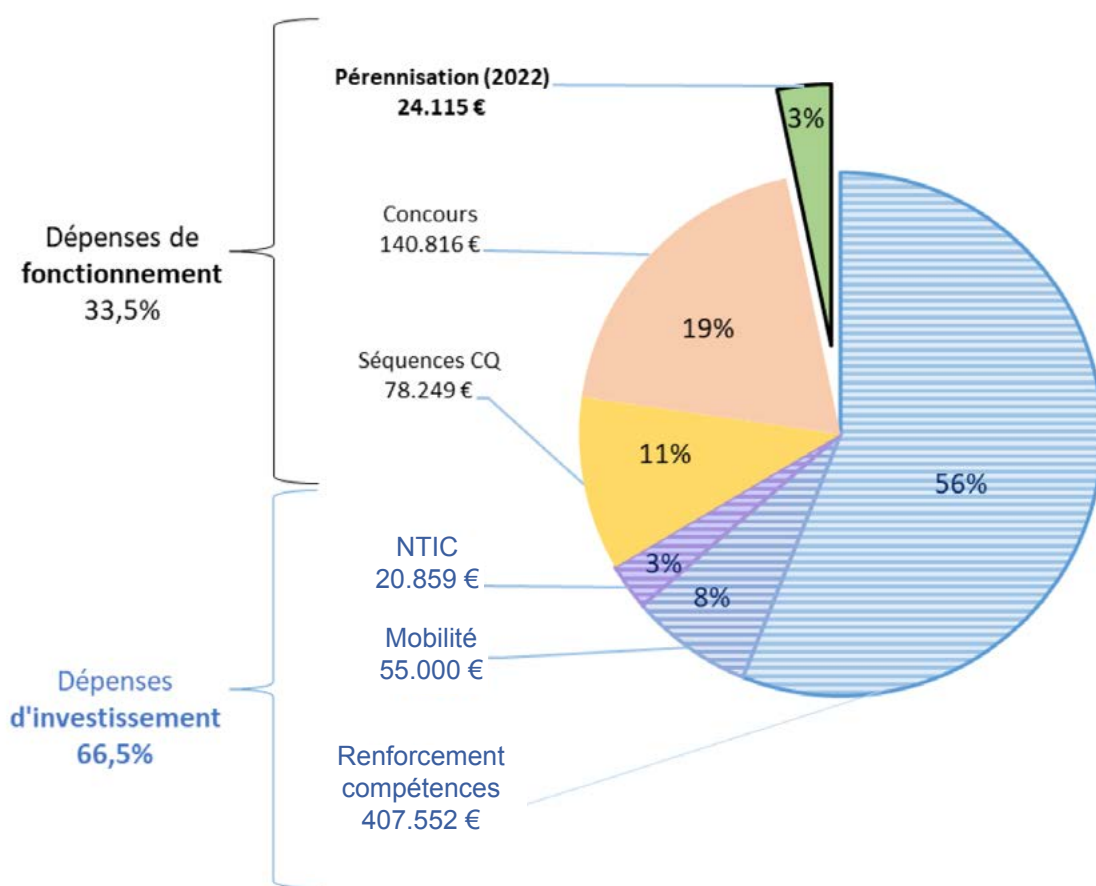


Figure 5: Répartition des coûts sur l'ensemble des 3 années

## Conclusion

### Homogénéité et facteurs d'effets

Sur l'ensemble des effets mesurés, on observe un triple niveau d'influence du contexte. Les effets sont différenciés selon le district sanitaire, la province et l'EQ sans que l'on puisse distinguer la portée de chacun de ces 3 niveaux séparément. Cependant, cette classique incidence du contexte reste globalement modérée. Par exemple, le DS le plus en difficulté (Kibumbu où les changements d'AQDS ont été nombreux et les visites les plus irrégulières) montre logiquement des scores de changements dans les formations sanitaires moins importants qu'ailleurs, mais obtient en moyenne 68% des points des meilleurs DS. Bien que les améliorations opérées dans les formations sanitaires soient, dans la théorie du changement, très éloignées des activités du projet (donc que le projet n'a aucun contrôle sur ces résultats), les effets indirects et les impacts semblent assez homogènes. Ce résultat est remarquable et plaide en faveur d'une efficacité au moins partiellement affranchie du contexte. Dit autrement, cette relative homogénéité des effets permet de soutenir l'hypothèse que l'intervention est reproductible ailleurs.

### Synthèse des résultats

L'évaluation globale de l'approche révèle un faisceau de preuves convergentes et robustes en faveur de quatre dimensions :

1. Le coaching, qui correspond à une supervision formative et intégrée, est efficace. Le changement de style de supervision est d'autant plus pertinent qu'il peut être concrétisé en quelques mois et à faibles coûts.



2. Le travail d'équipe est une source de reconnaissance et de satisfaction au travail. Il permet une plus grande efficacité dans l'amélioration de la qualité. En s'appuyant sur le collectif plutôt que sur quelques individus (des cadres plus gradés) susceptibles de quitter leur poste, le travail d'équipe est un élément de pérennité.
3. La compétition positive fait entrer dans le processus mais ce sont les effets qui ont convaincu et ont nourri l'engagement vers des changements profonds et pérennes. Cette compétition positive est ce qui est le plus coûteux en ressources et ne devrait pas être privilégiée de prime abord.
4. La dynamique positive d'amélioration continue de la qualité est soutenable. Dans les 6 DS qui ont expérimenté l'approche, les efforts du projet pour promouvoir la pérennisation des acquis se sont avérés peu coûteux et prometteurs, notamment grâce à une synergie avec le FBP. A défaut de pouvoir idéalement investir pour une mise à l'échelle des stratégies efficaces (supervision formative et intégrée, MQ, travail d'équipe), une attention particulière devrait être portée sur la consolidation des acquis dans les zones d'intervention.

**Le rapport d'évaluation peut être téléchargé à <https://health.bmz.de/download/rapport-evaluation-cq3>**



# **ANNEXES : LES OUTILS TECHNIQUES**





# **Annexe I-1 :**

## **Acteurs de la mise en œuvre CQ-MQ**

# ACTEURS CLES, ROLES ET RESPONSABILITES, DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE CQ-MQ AU BURUNDI

## 1 Projet GIZ/SDSR

Le projet a apporté son assistance technique pour :

- Assurer l'intégration du soutien réflexif dans les DS dans le cadre de leur mission d'appui et d'encadrement des formations sanitaires à travers :
  - L'appui-conseil par des experts nationaux à long terme, dont les experts qualité basés aux chefs-lieux des trois provinces d'intervention
  - Le renforcement des compétences
  - L'implication active des acteurs clés dans le processus d'intégration (développement des concepts, co-construction des outils, responsabilisation, ...)
  - L'octroi de subventions locales aux DS (fonctionnement, déplacement, communication, frais de subsistance sur le terrain)
  - Un appui-conseil d'experts internationaux, notamment de l'UCL dans le cadre de l'accompagnement scientifique (conception, intervention, monitoring, renforcement des capacités)
- Faciliter l'introduction et la consolidation du management de la qualité (MQ) au sein des CDS volontaires participants en utilisant des instruments suivants :
  - Le soutien réflexif par les AQDS
  - Le renforcement des capacités
  - La mise à disposition des outils
  - L'appui-conseil des experts qualité
  - Les échanges d'expériences entre formations sanitaires
  - Le développement d'un système à l'écoute et réactif.
- Consolider l'intégration du CQ dans les PS et les DS à travers :
  - Le renforcement de l'autonomie des équipes cadres des PS et des DS dans le développement du CQ3

L'implication des autres membres ECD non AQDS, comme les gestionnaires des finances, de la pharmacie et du Système d'informations sanitaires (SIS), à utiliser le coaching basé sur la Roue de Deming dans le cadre de leur mission de soutien aux formations sanitaires.

## 2 Provinces et districts sanitaires de la zone d'intervention

Les Bureaux des Provinces sanitaires (BPS) et les ECD concernés assurent les rôles et les responsabilités ci-après :

- Mettre à disposition les ressources humaines indispensables pour le développement de l'approche notamment les superviseurs polyvalents ayant une formation paramédicale ou médicale et qui joueront le rôle d'Assistants qualité (AQDS)
- Informer les équipes des formations sanitaires sur l'approche et identifier les CDS adhérents

- Intégrer les activités requises pour la mise en œuvre de l'approche dans les Plans annuels d'activités (PAA) des BPS et des DS : renforcement des compétences, visites de soutien, suivi et évaluation
- Assurer l'accompagnement des équipes des CDS volontaires participant à l'approche durant toutes les étapes du processus : dès l'autoévaluation au suivi de la mise en œuvre et l'appréciation des progrès :
  - suivre la démarche d'analyse situationnelle et de planification par les formations sanitaires par le maintien d'une communication régulière et efficace
  - Assurer la maîtrise et l'exploitation des outils d'autoévaluation et de planification par les équipes des formations sanitaires
  - Effectuer la rétro-information (analyse approfondie des grilles d'auto-évaluation et plans d'amélioration, validation avec les équipes)
  - Visites de soutien par les AQDS avec un accent sur la vérification et l'ajustement des mesures d'amélioration par les équipes des CDS
  - Préparation des équipes des formations sanitaires à l'évaluation des progrès avec l'appui des experts qualité du projet
- Veiller à l'homogénéisation du soutien à toutes les équipes des formations sanitaires
- Identifier les besoins en formation pour les équipes des formations sanitaires
- Former des équipes des CDS avec l'appui du projet
- Organiser des réunions d'échanges d'expériences avec l'appui du projet
- Rendre compte de l'évolution de la mise en œuvre à travers les outils de rapportage mis à disposition
- Contribuer au monitoring des effets (collecte des informations et des données requises)
- Veiller à l'implication des équipes des CDS et des COSA dans la planification des visites de soutien à travers les réunions sur le Système d'information sanitaires (SIS) et de coordination
- Contribuer au rapprochement du modèle de soutien réflexif et de la supervision de routine par la promotion du soutien réflexif auprès des autres membres des équipes cadres non superviseurs polyvalents (BPS et DS).

### 3 Equipes des Centres de Santé

- Le concours est ouvert à tous les CDS quelle que soit la catégorie (publique, confessionnelle, associative, privée).
- La participation des formations sanitaires au CQ est volontaire (fiche d'adhésion dûment signée requise).
- Au moins deux personnes par formation sanitaire sont formés/recyclés sur le management de la qualité.
- Tous les membres de l'équipe de la formation sanitaire sont concernés par les différentes thématiques à des degrés variables selon leur rôle professionnel au niveau de la formation sanitaire.
- Pendant la mise en œuvre, les capacités/compétences du personnel sont renforcées pour les thématiques du CQ en fonction des besoins avec des approches de formation adaptées.
- Les membres de l'équipe de la formation sanitaire formés organisent des séances de restitution documentées pour mettre à niveau les autres membres de l'équipe de la formation sanitaire.

- Les CDS participants au CQ veillent à l'implication active de tous les membres de l'équipe et du COSA aux différentes étapes du CQ.
- Les équipes des formations sanitaires veillent à la mise en œuvre des mesures d'amélioration planifiées en se basant sur la Roue de Deming pour l'analyse de l'état de réalisation des mesures planifiées, la vérification et l'ajustement des mesures d'amélioration.
- Les équipes des formations sanitaires assurent la documentation des changements et effectuent le suivi des résultats à travers des indicateurs définis préalablement pour les différentes thématiques du CQ.

#### 4 Autres acteurs

Dans le cadre de leurs missions respectives, le PNSR et la DAS (ancienne DODS) contribuent au développement de l'approche et à toutes les étapes du cycle de la 3<sup>ème</sup> édition du concours qualité :

- Fournir des documents de référence pour les thématiques du CQ (normes et standards, référentiels, protocoles, modules de formation...)
- Assistance technique pour le développement des outils d'auto-évaluation
- Assistance technique pour le renforcement des capacités et des compétences.



## I-2 Quiz CQ-MQ


**UCLouvain**


# Principes du management de la qualité selon l'approche CQ

## Quiz



Atelier de formation des formateurs – Fev 2019  
[anne.fromont@uclouvain.be](mailto:anne.fromont@uclouvain.be)



1



## Règles du quiz



Nous vous avons distribué à chacun 3 cartes de couleur.





A chaque question de ce quiz, vous devrez choisir la ou les cartes qui sont correctes.

Au top de l'animatrice, levez vos cartes.

2

2

## 1- La qualité, c'est ?



**Guérir**  
Soigner les usagers



**Prévenir et promouvoir**  
Mieux vaut prévenir que guérir!



(plusieurs choix sont possibles)



**Satisfaire**  
Un usager content est  
gage de qualité



3

3

La qualité, c'est soigner, prévenir, promouvoir et satisfaire.  
La qualité est une démarche **globale**



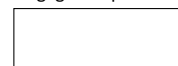
**Guérir**  
Soigner les usagers



**Prévenir et promouvoir**  
Mieux vaut prévenir que guérir!



**Satisfaire**  
Un usager content est  
gage de qualité



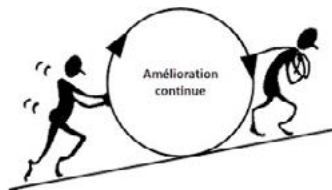
4

4

## 2- Le management de la qualité, c'est ?



**Un label:**  
la validation d'avoir  
atteint une norme



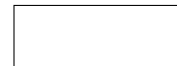
**Un cercle vertueux:**  
Une méthode pour  
toujours s'améliorer



(plusieurs choix sont possibles)



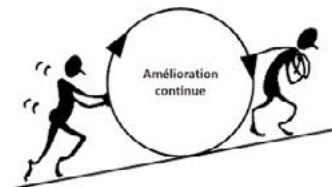
**Une analyse complexe**  
Un descriptif complet des  
facteurs



5

5

Le management de la qualité est une méthode pour s'améliorer  
de façon continue



**Un cercle vertueux:**  
Une méthode pour  
toujours s'améliorer



6

6

3- Quel est le modèle de management de la qualité utilisé dans le concours qualité?



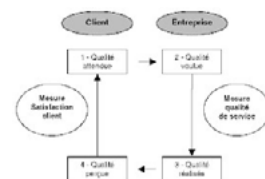
**La roue de deming**

Il y a 4 étapes qui se succèdent de façon continue: l'autoévaluation, l'analyse des défis, le plan d'amélioration et la mise en œuvre des changements



**Le triangle qualité**

On évalue l'efficacité, la réactivité et l'agilité



**Le carré de la qualité**

Les 4 formes de la qualité sont considérées: qualité attendue, voulue, réalisée et perçue



(plusieurs choix sont possibles)

7

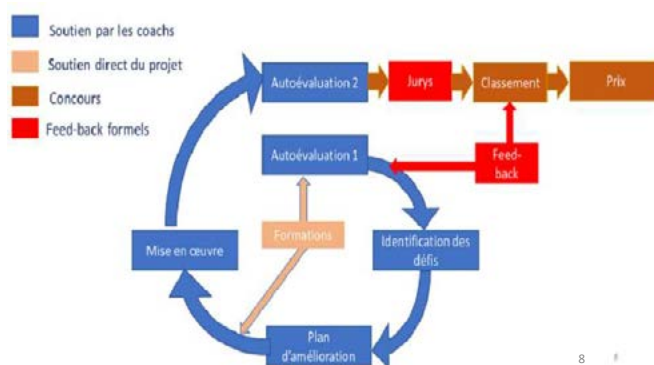
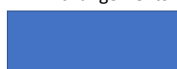
7

- Le modèle de MQ utilisé dans le CQ est celui de la roue de deming.
- Il s'agit d'un cycle de 4 étapes: auto-évaluation, analyse, plan et mise en œuvre
- Durant tout le cycle les équipes sont soutenues par les assistants-qualité de DS = coaches



**La roue de deming**

Il y a 4 étapes qui se succèdent de façon continue: l'autoévaluation, l'analyse des défis, le plan d'amélioration et la mise en œuvre des changements



8

8

#### 4- De quels intrants a-t-on besoin pour la qualité ?



##### Matériel

Il n'est pas possible de faire  
de la qualité sans un  
minimum (eau...)



##### Les fonds

Avec assez d'argent, on peut  
tout faire



##### Les ressources humaines

Des personnels  
compétents et suffisants  
assurent la qualité



(plusieurs choix sont possibles)

9

9

#### Il est important de considérer toutes les ressources pour obtenir la qualité



##### Matériel

Il n'est pas possible de faire  
de la qualité sans un  
minimum (eau...)



##### Les fonds

Avec assez d'argent, on peut  
tout faire



##### Les ressources humaines

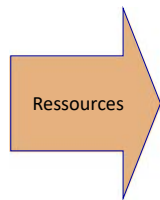
Des personnels  
compétents et suffisants  
assurent la qualité



10

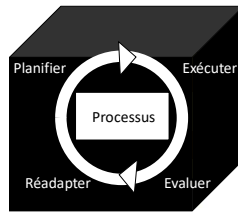
10

## 5- Que doit on regarder pour s'assurer de la qualité ?



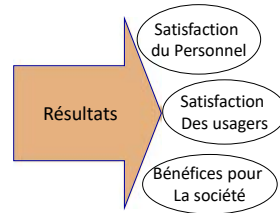
### Les intrants

Si on ne met pas les bonnes ressources, on n'arrivera pas à la qualité



### Les processus

Comprendre ce qu'il se passe est le cœur de la qualité



### Les résultats

En mesurant les résultats, on s'assure de la qualité

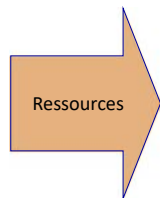


(plusieurs choix sont possibles)

11

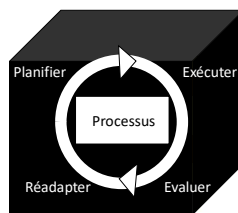
11

Intrants, processus et résultats représentent différentes formes de qualité. Toutes sont importantes.



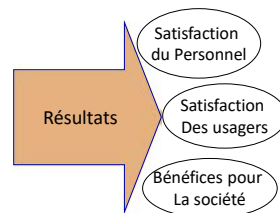
### Les intrants

Si on ne met pas les bonnes ressources, on n'arrivera pas à la qualité



### Les processus

Comprendre ce qu'il se passe est le cœur de la qualité



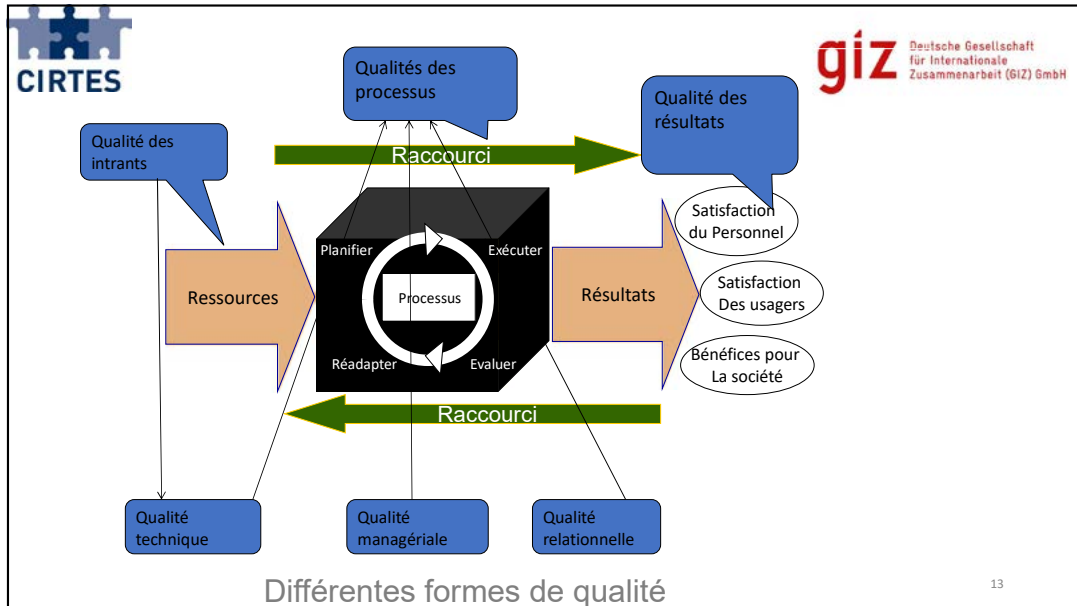
### Les résultats

En mesurant les résultats, on s'assure de la qualité

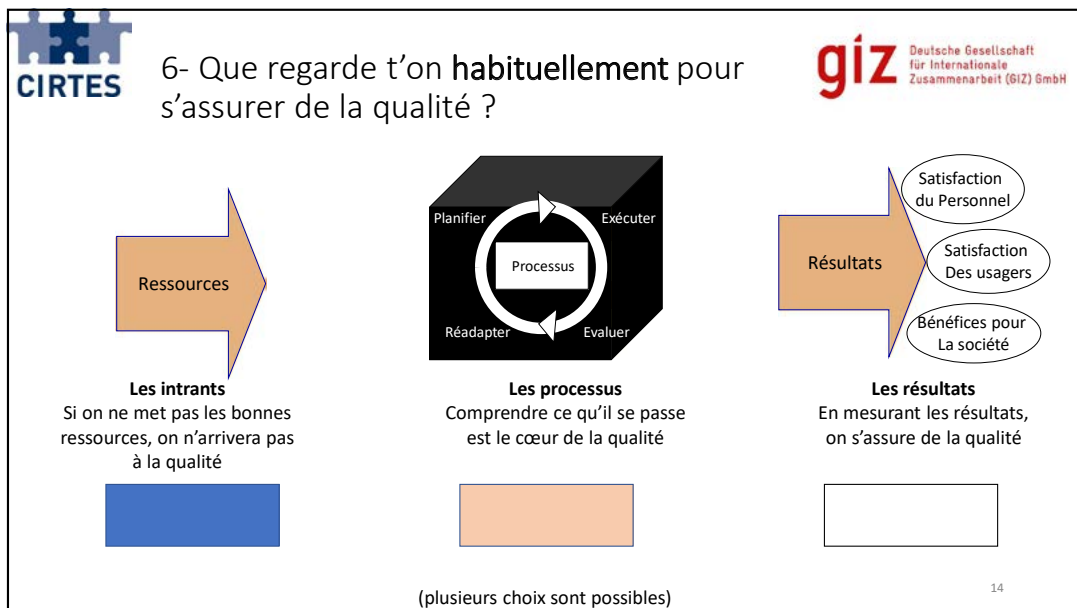


12

12



13

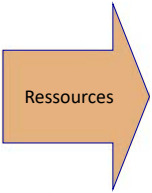


14

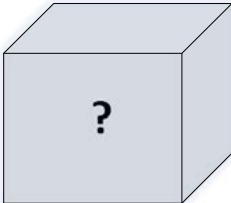


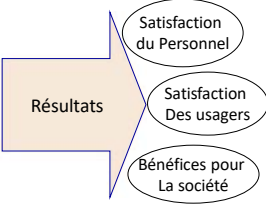
- \* La tendance habituelle concentrée sur les ressources et, éventuellement les résultats.
- \* Les résultats mesurés sont souvent quantitatifs et centrés sur l'épidémiologie. La satisfaction, surtout des personnels, est rarement pris en compte.
- \* **La boîte noire des processus est rarement ouverte.**





**Les intrants**  
Si on ne met pas les bonnes ressources, on n'arrivera pas à la qualité





**Les résultats**  
En mesurant les résultats, on s'assure de la qualité

15



## 7- Quels sont les intérêts du concours ?





**Soutenir la motivation**  
Avoir envie de réussir, être récompensé, avoir du plaisir à voir ses progrès



**Se situer et se comparer**  
Savoir où on en est par rapport aux autres



**Sanctionner**  
Récompenser les meilleurs et punir les mauvais

(plusieurs choix sont possibles)

16

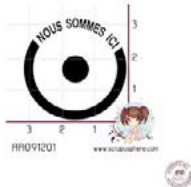




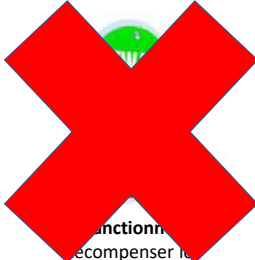
Les formes de récompenses du CQ sont multiples: motivation, progression, satisfaction, prix du concours, primes PBF...  
mais personne n'est sanctionné d'avoir participé!!



**Soutenir la motivation**  
Avoir envie de réussir, être récompensé, avoir du plaisir à voir ses progrès



**Se situer et se comparer**  
Savoir où on en est par rapport aux autres



**Sanctionner**  
Récompenser les meilleurs et punir les mauvais

17

17





## 8- Qui sont les gagnants du CQ?



**Les plus forts**  
C'est le principe du concours



**Tous les CDS**  
Tous les participants y gagnent: prix pour tous, PBF, motivation, apprentissage...



**Le système de santé**  
La synergie du CQ avec les autres normes, le modèle de la supervision réflexive et de participation communautaire renforcent le système Burundais

(plusieurs choix sont possibles)

18

18



## Tout le monde gagne



Deutsche Gesellschaft  
für Internationale  
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

**Les équipes:**

- Principe d'équité: ce sont les efforts qui sont récompensés
- Principe de la récompense: tous les participants obtiennent un prix
- Principe de la motivation et de la satisfaction: chacun est impliqué et valorisé
- Principe du sport de masse: la participation est volontaire et est plus importante que le prix
- Principe de solidarité: ce n'est pas une compétition interindividuelle mais d'équipe. Encourage l'esprit d'équipe et récompenses collectives.

**Le système de santé:**

- Principe de la synergie: indicateurs des auto-évaluation basés sur les normes et standards Burundais
- Principe de la supervision réflexive: expérimentée via le coaching
- Principe de la participation communautaire: renforcée



**Tous les CDS**  
Tous les participants y gagne: prix pour tous, PBF, motivation, apprentissage...



**Le système de santé**  
La synergie du CQ avec les autres normes, le modèle de la supervision réflexive et de participation communautaire renforcent le système Burundais

19

19



## 9- Avec quoi peut on comparer le CQ dans son soutien à l'apprentissage ?



Deutsche Gesellschaft  
für Internationale  
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



**Un vaccin**  
Après le CQ, les équipes sont immunisées contre l'ignorance



**Un arrosoir**  
Le savoir irrigue l'équipe et leurs compétences peuvent pousser



**Un guide**  
Les apprentissages se font tout au long de la route du CQ qui propose des étapes mais laisse l'initiative aux équipes

(plusieurs choix sont possibles)

20

20



### 8- Les équipes ne sont ni des enfants ni des plantes!

Elles sont **actives** dans leur apprentissage.





**Un vaccin**  
Après le CQ, les équipes sont immunisées contre l'ignorance



**Un arrosoir**  
Le savoir irrigue l'équipe et leurs compétences peuvent pousser



**Un guide**  
Les apprentissages se font tout au long de la route du CQ qui propose des étapes mais laisse l'initiative aux équipes

21

21



### 10- Quelles sont les opportunités d'apprentissage lors du CQ ?





**La formation initiale**  
Elle est indispensable pour comprendre le CQ



**Le coaching**  
L'accompagnement continu et bienveillant est la clé de la réussite

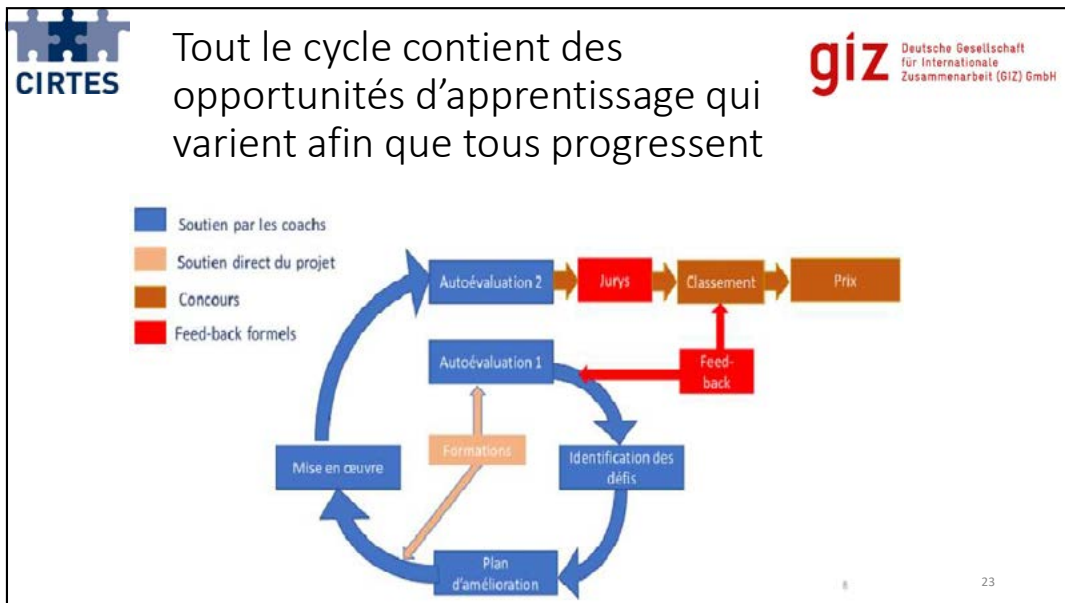


**Les feed-back et résultats**  
Permettent de s'évaluer et de progresser

(plusieurs choix sont possibles)

22

22



23

**CIRTES** **giz** Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

### 11- Pourquoi faire faire une auto-évaluation plutôt qu'une évaluation externe, « objective » ?

**Réalisme**  
Personne ne connaît mieux le CDS que son équipe

**Faisabilité**  
Les mesures d'amélioration seront adaptées à la situation du CDS et ceux qui les réaliseront les auront eux-mêmes choisis

**Reproductibilité**  
Une fois acquise, la logique de l'AE peut s'appliquer à d'autres domaines

(plusieurs choix sont possibles)

24

24



L'auto-évaluation se fait en équipe:

- tout le monde connaît des aspects particuliers et peut enrichir la discussion pour avoir une vision réaliste de la situation (personne ne sait tout mais tout le monde connaît quelque chose)
- chacun sera impliqué dans les mesures d'amélioration
- pour répondre à n'importe quel enjeu, les capacités à s'auto-évaluer sont nécessaires



Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



**Réalisme**  
Personne ne connaît mieux le CDS que son équipe



**Faisabilité**  
Les mesures d'amélioration seront adaptées à la situation du CDS et ceux qui les réaliseront les auront eux-mêmes choisis



**Reproductibilité**  
Une fois acquise, la logique de l'AE peut s'appliquer à d'autres domaines

25

25



12- Comment se fait une auto-évaluation ?



Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



**Le titulaire et son adjoint**  
Sont responsables et doivent donc se charger de l'auto-évaluation



**Les soignants et le coach**  
L'équipe soignante réalise ensemble l'auto-évaluation lors d'une visite de l'AQ-DS



**L'équipe dans son ensemble, y compris les CoSa**  
Toute l'équipe prépare son auto-évaluation en organisant des discussions de groupes. L'AQ-DS peut les soutenir.

(plusieurs choix sont possibles)

26

26



L'auto-évaluation implique toute l'équipe, quels soient les rôles et la formation.  
L'AQ-DS n'est là qu'en soutien.  
Pour que le soutien soit efficace, il faut que l'équipe ait commencé son auto-évaluation avant la première visite de l'AQ-DS





**Le titulaire et son adjoint**  
Sont responsables et doivent donc se charger de l'auto-évaluation



**Les soignants et le coach**  
L'équipe soignante réalise ensemble l'auto-évaluation lors d'une visite de l'AQ-DS



**L'équipe dans son ensemble**  
Toute l'équipe prépare son auto-évaluation en organisant des discussions de groupes. L'AQ-DS peut les soutenir.

27

27



13- Qui décide des mesures d'amélioration ?





**L'équipe**  
Est autonome pour choisir ce qu'elle veut faire et comment le faire



**Le coach (AQ-DS)**  
En fonction de l'auto-évaluation et des objectifs fixés lors des supervisions de routine



**Les superviseurs (ECD)**  
Selon les priorités identifiées par les DS grâce aux supervisions de routine

(plusieurs choix sont possibles)

28

28

### 13- Qui décide des mesures d'amélioration ?



**L'équipe**  
Est autonome pour choisir  
ce qu'elle veut faire et  
comment le faire



Les équipes sont **autonomes** pour choisir les mesures en fonction:

- Des priorités qu'elles ont identifiées lors de l'auto-évaluation
- Des ressources disponibles
- Des besoins exprimés par la communauté (via la participation des CoSa)

**L'AQ-DS peut les aider** à identifier les défis, à faire le plan d'amélioration et à suivre la mise en œuvre. Mais l'AQ-DS ne se substitue pas à l'équipe.  
Pendant le cycle, les visites de l'AQ-DS ne sont pas des supervisions mais des **visites de soutien**. L'équipe décide de ce qui va être abordé.

29

29

### 14- Quel est le rôle des assistants qualité de DS (AQ-DS)?



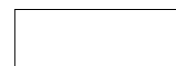
**Contrôler**  
Vérifier que les équipes  
avancent dans le bon sens  
et ne trichent pas



**Accompagner et suivre**  
Soutenir les équipes à  
chaque étape et assurer un  
suivi « personnalisé »



**Diriger**  
Donner les instructions pour  
que l'équipe progresse



(plusieurs choix sont possibles)

30

30

## Le rôle des AQ-DS: une supervision réflexive

### Lors de visite de soutien, l'AQ-DS aide à:

- l'auto-évaluation: donne un feed-back (réaliste ? Sérieuse ? Adaptée ?)
- identifier les défis
- faire le plan d'amélioration (mesures faisables ?)
- suivre la mise en œuvre (adaptation et réajustement ?)



**Accompagner et suivre**  
Soutenir les équipes à chaque étape et assurer un suivi « personnalisé »



### L'AQ-DS assure un suivi réflexif:

- Chaque CDS a ses atouts et ses difficultés
  - Chaque équipe détient du savoir et des potentiels
- ⇒ Pose les « bonnes » questions (qu'est ce qu'on peut faire ?...)
- ⇒ Facilite la réflexion et l'émergence de solution
- ⇒ Suis les équipes de façon spécifiques

31

31

## Messages clés

- Le management de la qualité est une démarche globale d'amélioration continue
- Le CQ se base sur la roue de Deming où chaque étape est une opportunité d'apprentissage
- Les processus sont aussi (voire plus) importants que les ressources ou les résultats immédiats
- Le CQ s'appuie sur diverses sources de récompenses
- Les équipes et la communauté sont impliquées dans leur ensemble
- Les équipes sont volontaires et autonomes dans leurs décisions
- Les AQ-DS sont des coachs qui encouragent la réflexivité

32

32



## **I-3 Théorie du changement - mise en capacité**

# Théorie du changement de la mise en capacité dans le cadre de l'approche intégrée de management de la qualité (3<sup>ème</sup> édition du CQ)

## Objectifs de la théorie du changement

Pour répondre à l'objectif de mise en capacité pour l'introduction des outils de management de la qualité dans les centres de santé, une théorie du changement (ToC) spécifique a été développée. La ToC présentée ici est la version finale issue des nombreux échanges entre les différentes parties prenantes de l'intervention.

Comme toute ToC, elle a pour objectif d'expliquer comment l'intervention doit conduire à des effets directs et indirects puis à des impacts pour la population. Elle permet aussi de présenter de façon succincte les activités et hypothèses de résultats de l'intervention au niveau de la mise en capacité des cibles directes (les Equipes cadres de district : ECD) et indirectes (les équipes des centres de santé) ainsi que les impacts souhaités en termes d'amélioration de la qualité, de la satisfaction et de la fréquentation des usagers.

L'évaluation des effets de l'intervention a pour objectif de vérifier la validité des hypothèses émises avec cette ToC. C'est pourquoi, lors de son élaboration, les informations disponibles (liées au monitoring et représentées par les ♥) et les informations manquantes pour l'évaluation (représentées par les ☀) ont été identifiées. Les informations manquantes ont été recueillies au décours d'une enquête qualitative spécifique.

Au niveau de l'intervention, une ToC générale et « simplifiée » permet d'avoir une vision synthétique :

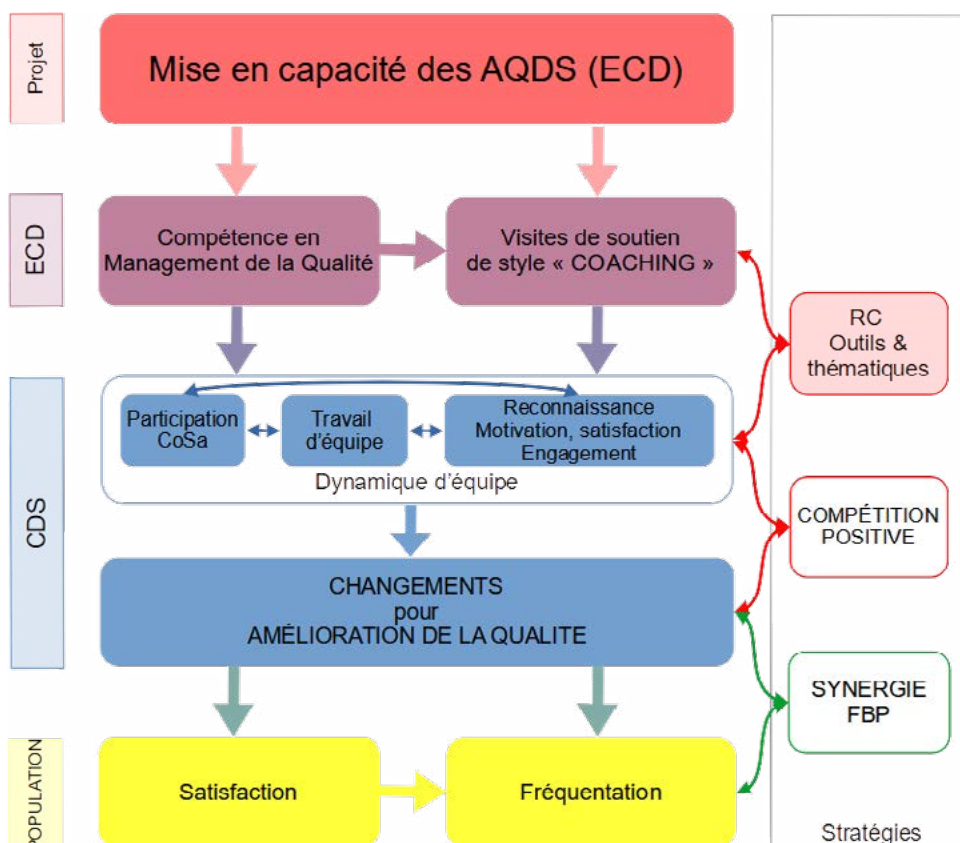
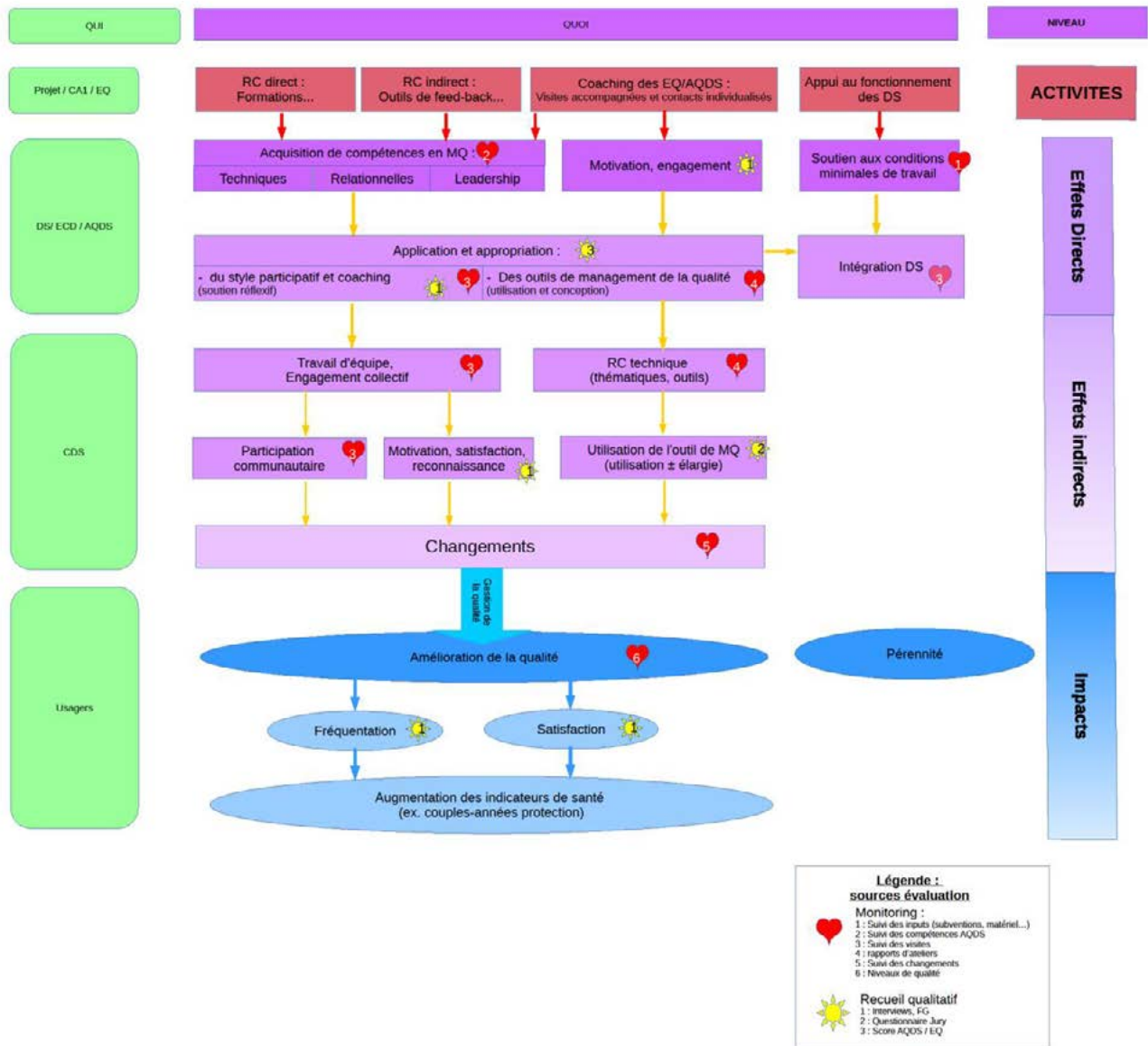


Figure 1: Théorie générale du changement dans l'approche CQ (version synthétique)

Une version plus détaillée permet de développer la théorie du changement liée à la mise en capacité des équipes en management de la qualité.

Théorie du changement de la mise en capacité dans le cadre de l'approche intégrée de management de la qualité. 3ème édition et source des données pour l'évaluation



Pour comprendre cette théorie du changement, il est important de souligner que seuls les effets les plus importants (les flèches) ont été représentés. Par souci de clarté, beaucoup d'effets secondaires ne peuvent pas être schématisés au risque de nuire à l'objectif principal de présentation succincte. Ainsi, l'intervention fait l'hypothèse de nombreuses boucles de rétroactions positives qui ne sont pas représentées (par exemple : la motivation contribue à la réalisation des changements ; lesquels contribuent à la satisfaction au travail qui nourrit en retour la motivation).

## Niveau 1 : Activités du projet

La mise en capacité s'appuie sur deux types d'activités du projet :

- 1- Le renforcement continu des compétences pour développer l'autonomie des ECD et des équipes des centres de santé (CDS). Ce renforcement des compétences (RC) s'articule autour de renforcements :

- Directs et ponctuels : il s'agit de l'ensemble des formations organisées par le projet. Ces formations sont d'ordre technique (utilisation des outils de management de la qualité) ou thématiques (sur les 5 thématiques de santé abordés lors de la 3<sup>ème</sup> édition). Elles ont été proposées à la fois aux ECD et aux équipes des CDS, de façon différenciée selon les besoins spécifiques de chaque type d'acteur.
- Indirects qui inclut en particulier les stratégies de feed-back aux ECD et aux CDS, les ateliers de planification et de préparation (planification conjointe des activités, production des outils d'autoévaluation par les ECD, etc.).
- Continus au travers des activités de coaching.

Ces RC sont décrits dans le Chapitre 4 de la boîte à outils et les annexes correspondantes (par exemple les programmes de formation).

- 2- Un appui au fonctionnement des DS pour assurer la capacité à réaliser des visites de soutien aux CDS et au monitoring. Cet appui s'est décliné sous la forme d'investissement matériel (motos, tablettes, ordinateurs) et de subventions locales (frais de déplacement et de communication). Il a pour objectif d'améliorer les conditions de travail des ECD et de contribuer à la réalisation des activités.

## Niveau 2 : Effets directs sur les Equipes cadres de district

Les différentes formes de RC ont pour objectif l'acquisition des compétences des Assistants qualité des Districts sanitaires (AQDS – membres des ECD) dans leur nouveau rôle. Ces compétences de management de la qualité (MQ) sont d'ordre technique, de leadership et de communication. Par ailleurs, le coaching par les Experts qualité (EQ) du projet devait favoriser la motivation des AQDS et leur engagement dans le processus de MQ.

L'intervention fait ensuite l'hypothèse que des AQDS compétents, motivés et engagés vont appliquer et s'approprier :

- Le soutien réflexif de style participatif et le coaching
- Les outils de management de la qualité.

L'appropriation devait se traduire par une adoption suivie d'une adaptation. C'est-à-dire que l'intervention fait l'hypothèse d'une évolution dans le temps de ces effets, avec dans un premier temps une application du soutien réflexif et des outils de MQ puis, dans un second temps, d'une adaptation de ces éléments en fonction des réalités rencontrées. Cela s'est traduit, par exemple, au niveau de la production des outils d'auto-évaluation (AE) qui ont d'abord été élaborés par le projet et présentés aux ECD (séquence 1) puis élaborés conjointement (séquence 2) avec une responsabilisation progressive. Par exemple, pour la thématique Violence sexuelle et basée sur le genre (VSBG), l'équipe du projet a pris davantage de responsabilité que pour la thématique Consultation prénatale recentrée (CPNR), choisie et développée par les ECD avec un appui léger du projet.

L'appropriation de ces deux piliers (coaching et outils de MQ) est une condition nécessaire à leur intégration dans les DS et, à long terme, à la pérennité de ces piliers.

## Niveau 3 : Effets indirects sur les équipes des centres de santé

Les effets indirects attendus pour les équipes des centres de santé sont de deux types :

- 1- **Une mise en capacité en management continu de la qualité** qui naît de :

- L'acquisition de compétences techniques (utilisation de la roue de Deming, compétence d'analyse de problèmes et de recherche de solutions pertinentes) ;
  - La mise en application collective de ces compétences pour répondre à des enjeux vécus et du quotidien. Cette mise en application concerne évidemment les différentes thématiques traitées dans l'approche mais, à terme, devrait pouvoir être élargie à d'autres enjeux du travail en centre de santé ; voire éventuellement à des enjeux en dehors du centre de santé.
- 2- **Le développement d'une dynamique d'équipe positive** issue de l'interaction positive (c'est-à-dire dans des boucles de rétroaction positive) entre :
- Le développement d'un esprit d'équipe qui permet à chacun(e) de contribuer, de collaborer et de s'entraider – quel que soit son rôle ou ses qualifications, puisqu'un des messages importants souligné par l'intervention est que chacun a des connaissances à partager. Le travail d'équipe permet, en particulier, l'émergence d'un engagement collectif et un affranchissement (au moins partiel) des parcours individuels. Par exemple, on s'attend à ce que le départ d'un responsable ou d'une personne très engagée ait moins d'impact sur la poursuite du processus dans une équipe collectivement engagée que dans une équipe où le processus n'est porté que par quelques personnes.
  - Le renforcement de la participation communautaire permet non seulement d'inclure les représentants des Comités de santé (COSA) dans la dynamique d'équipe, mais favorise aussi l'écoute des besoins et attentes de la communauté, sa participation active aux changements et son engagement dans la poursuite de la dynamique. Dans cette optique, la participation des COSA contribue à la pérennisation du processus.
  - La reconnaissance est un résultat attendu important de l'intervention et se décline à trois niveaux importants :
    - Par les supérieurs hiérarchiques (les AQDS) : les visites de type coaching ont pour but de développer une relation de confiance où tous les participants sont impliqués (et non plus seulement les responsables) et où les réussites sont valorisées. Cette reconnaissance hiérarchique est d'autant plus importante qu'elle est inhabituelle (par exemple, il est rare, en dehors de l'intervention, que les équipes cadres s'adresse directement aux personnels peu qualifiés).
    - Par les pairs : En permettant à chacun de participer et d'exprimer son avis pendant les activités et en développant l'esprit d'équipe, l'intervention devrait favoriser la reconnaissance à l'intérieur des équipes. Par exemple, pour favoriser cette reconnaissance, le projet a pris soin d'inviter des travailleurs d'appui aux formations. Cela leur a permis de faire des restitutions à leur collègues et a contribué à leur visibilité au sein même de l'équipe.
    - Par la communauté : L'amélioration de la qualité devrait contribuer à celle de la satisfaction des usagers. Grâce à la participation des représentants des COSA, des feedbacks positifs devraient valoriser les efforts des équipes. En outre, dans le cadre de la compétition positive, les certificats de participation et les résultats de classement sont aussi des sources de reconnaissance.
  - L'ensemble de ces effets devrait contribuer à favoriser la motivation et la satisfaction au travail qui, en retour, contribueront à l'esprit d'équipe, à la reconnaissance et aux changements.

#### Niveau 4 : Effets indirects sur l'amélioration de la qualité

Les effets attendus sur la qualité se déclinent en changements spécifiques réalisés dans le cadre de la compétition positive pour améliorer les niveaux de qualité pour les thématiques choisies. L'évaluation

des effets de l'intervention répondra aux deux questions : « Quelles ont été les réalisations des équipes des centres de santé, et quelles sont leurs ampleurs (en quantité comme en qualité) ? » « Quels effets ont eu ses réalisations sur les niveaux de qualité, et quelle est l'ampleur de l'amélioration de la qualité des soins (en fréquence des formations sanitaires et en niveaux moyens atteints) ? »

## Niveau 5 : Impacts sur la population

L'amélioration de la qualité des soins mais aussi l'adéquation avec les besoins et attentes de la population (grâce notamment à la participation des COSA) devraient avoir un impact sur la satisfaction des usagers et par conséquent sur la fréquentation des centres de santé.

Il faut noter qu'à ce niveau, les impacts sont difficilement attribuables à l'intervention du fait de leur distance causale avec les activités du projet. Ils seront donc estimés de façon qualitative et indirecte (voir Chapitre 8).

## Les stratégies transversales

Les effets recherchés par l'intervention ont été potentialisés grâce au développement de trois stratégies transversales :

- 1- Un développement transversal de compétence : Outre les compétences spécifiques des AQDS, le projet a organisé des formations techniques en management de la qualité et certaines thématiques à destination des équipes des centres de santé. Ces formations doivent permettre aux équipes des centres de santé d'acquérir les connaissances initiales nécessaires et d'autre part d'initier une dynamique d'engagement dans le processus.
- 2- La compétition positive est tout d'abord une stratégie d'engagement et de motivation. Mais elle représente aussi une stratégie de reconnaissance des efforts et de l'amélioration atteinte.
- 3- L'alignement avec les normes de santé du pays, en particulier avec celles utilisées dans le cadre du mécanisme national de Financement basé sur la performance (FBP), permet :
  - De ne pas créer de charge supplémentaire de travail au sein des CDS puisqu'en répondant aux indicateurs du projet, les équipes répondent aussi aux autres normes.
  - De soutenir les équipes dans la compréhension de ces normes, dans l'analyse de leur situation et dans les réponses réalistes qu'elles peuvent apporter. Cette dynamique permet de donner du sens à des normes parfois mal comprises.
  - La synergie avec le FBP est comprise dans les deux sens. D'une part, l'amélioration de la qualité et de la fréquentation permet d'obtenir de meilleures primes de financement. D'autre part, comme cela a déjà été observé dès la 1<sup>ère</sup> phase de l'intervention, les primes FBP permettent de financer de nouveaux changements, dans une dynamique positive d'investissement dans la qualité.



## **II-1 Formulaire adhésion au CQ3**

## Formulaire d'adhésion au « Concours qualité »/ 3<sup>ème</sup> édition

Centre de santé de :

District sanitaire de :

Province sanitaire de :

Je, soussigné,.....(Nom et prénom),

représentant le Centre de Santé de .....,

atteste par la présente avoir été informé, de même que l'équipe de mon centre de santé, sur l'approche « Concours qualité » que les **Districts sanitaires de Gitega, de Kibuye, de Muramvya, de Kiganda , de Fota et de Kibumbu** veulent poursuivre avec l'appui de la GIZ à travers le Projet Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale et de la santé et des droits sexuels et reproductifs.

J'atteste, en outre, que l'équipe de mon centre de santé a été informée que pour la troisième édition du « Concours Qualité » les thématiques retenues sont :

- ❖ La planification familiale (PF),
- ❖ la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents/Jeunes(SSRAJ)
- ❖ La prise en charge des IST
- ❖ La prise des violences sexuelles
- ❖ Accueil » et « hygiène »

Par la présente, je confirme que mon centre de santé a décidé volontairement de participer au concours qualité, édition **2019-2021**.

Signature :

Date :



## **II-2 Outils rétroinformation**

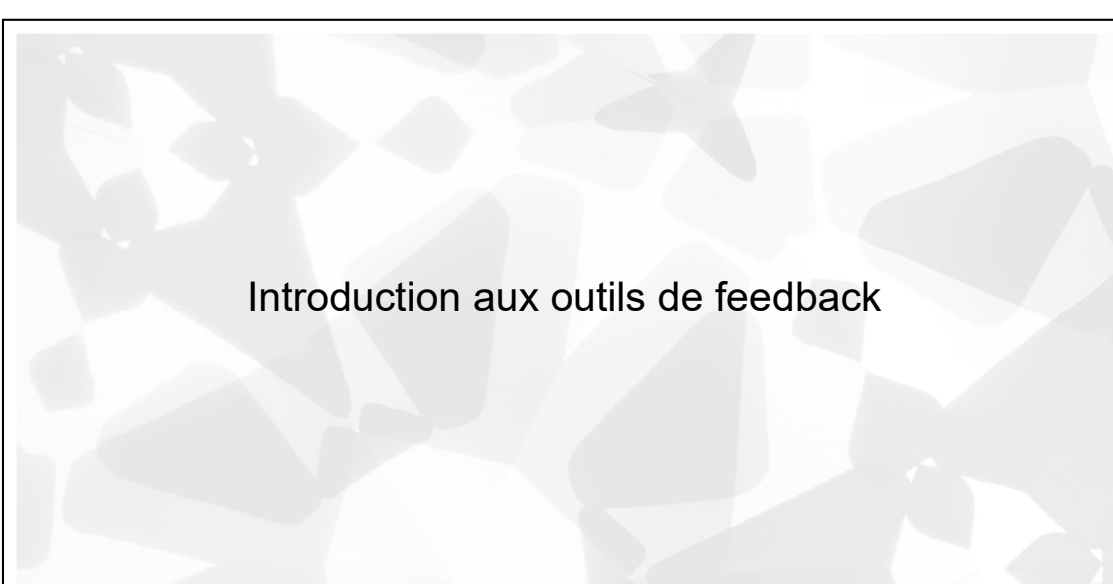


## CQ3/Outils de la rétroinformation aux équipes des CDS

GIZ/SDSR

**giz** Deutsche Gesellschaft  
für Internationale  
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

1



## Introduction aux outils de feedback

Page 2 | 26/02/2023 |

**giz**

2

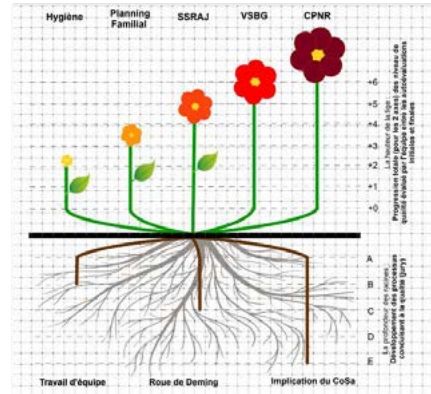
1

## Les outils de rétroinformations

L'illustration des progrès réalisés par les équipes des CDS à l'aide d'une fleur et trame de feedback facilite la compréhension des résultats atteints et l'identification des aspects à améliorer pour toutes les catégories du personnel y compris les moins qualifiés ainsi que les représentants de la communauté.

Le nombre de fleurs correspond au nombre de thématiques faisant objet du CQ.

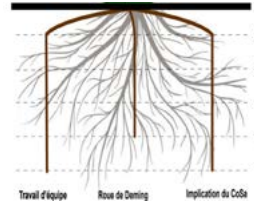
Les racines représentent les éléments essentiels invisibles et contribuent au développement de toutes les fleurs.



## Interprétation de la fleur

## I. Racines : développement

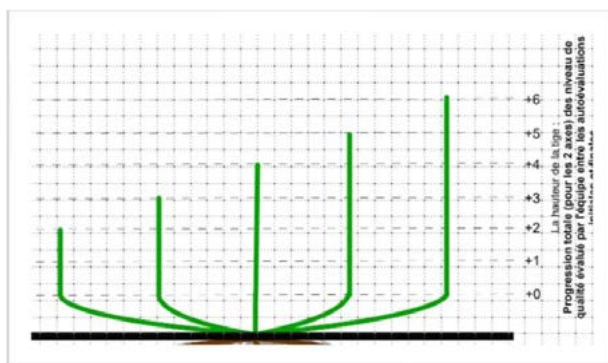
| Niveau | Signification                                                                                                                                                               |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A      | Les efforts dans le domaine sont inexistantes ou très insuffisants                                                                                                          |
| B      | Les efforts dans le domaine existent mais sont clairement insuffisants. Il n'y pas d'élément convaincants. L'équipe est nettement en dessous de la moyenne dans ce domaine. |
| C      | Les efforts existent et des éléments sont visibles mais ils restent limités. L'équipe a commencé de se mettre en route mais le chemin est encore assez long.                |
| D      | Il y a de bons efforts avec des éléments visibles et convaincants.                                                                                                          |
| E      | Il est difficile de trouver encore des possibilités d'amélioration qui sont à la portée de l'équipe.                                                                        |



| Sous partie          | Variables mesurées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Travail d'équipe     | 1- Participation aux réunions CQ : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux moyen de participation de toute l'équipe</li> <li>- Régularité de la participation</li> <li>- Participation des faiblement qualifiés par rapport aux infirmiers (dont titulaire et adjoints)</li> </ul> 2- Dynamique d'équipe : moyenne des scores obtenus pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'engagement de l'équipe</li> <li>- Le leadership</li> <li>- L'entente de l'équipe</li> </ul> |
| Implication des CoSa | 1. Nombre de membres du COSA présents aux réunions et leur implication dans les discussions<br>2. Activités du COSA mentionnées lors des réunions : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contributions du COSA au CQ</li> <li>- Partage des informations CQ à la communauté</li> <li>- Initiatives des COSA</li> </ul>                                                                                                                                                                |
| Roue de Deming       | Analyse et délibération du jury pour : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilisation de la RD dans le cadre du CQ</li> <li>2. Utilisation de la RD en dehors du CQ</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

5

## II. Tiges: variables mesurées (Représentation de la progression des niveaux de qualité)



La hauteur de la tige correspond à la progression totale (pour les 2 axes ) des niveaux de qualité

### Exemple

| Thématique | Axe   | Progression de la Qualité |              |
|------------|-------|---------------------------|--------------|
|            |       | Niveau initial            | Niveau final |
| Hygiène    | Axe 1 | 1                         | 4            |
|            | Axe 2 | 1                         | 2            |

Attention! On évalue une évolution et non un niveau. Le CQ récompense les efforts fournis, pas un niveau de qualité atteint. Une petite progression ne signifie pas forcément un niveau final bas => si le niveau initial est haut, la progression ne peut être que limitée

6

3

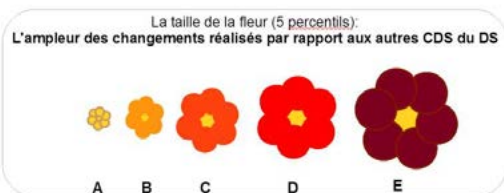
## II. Tiges: variables mesurées (trame de feed back)

| Élément d'appréciation | Thématique | Axe   | Progression de la Qualité |              | Total d'indicateurs validés en AE3 | Points obtenus | Répartition des points | Niveau | Attendu                                                     |
|------------------------|------------|-------|---------------------------|--------------|------------------------------------|----------------|------------------------|--------|-------------------------------------------------------------|
|                        |            |       | Niveau initial            | Niveau final |                                    |                |                        | 1      | 2                                                           |
| Tige / 30 points       | Hygiène    | Axe 1 | 1                         | 4            | 9                                  | 3,78           | /6 points              | 1      | Insuffisant ou inexistant                                   |
|                        |            | Axe 2 | 1                         | 2            | 7                                  |                |                        | 2      | Sécurité assurée                                            |
|                        | PF         | Axe 1 | 1                         | 3            | 7                                  | 5,51           | /6 points              | 3      | Efficacité assurée, en plus de la sécurité                  |
|                        |            | Axe 2 | 1                         | 4            | 9                                  |                |                        | 4      | Confort en plus de l'efficacité et de la sécurité           |
|                        | SSRAJ      | Axe 1 | 1                         | 3            | 7                                  | 4,88           | /6 points              | 5      | Extra en plus du confort, de l'efficacité et de la sécurité |
|                        |            | Axe 2 | 1                         | 2            | 8                                  |                |                        |        |                                                             |
|                        | CPNR       | Axe 1 | 1                         | 4            | 9                                  | 5,75           | /6 points              |        |                                                             |
|                        |            | Axe 2 | 2                         | 4            | 8                                  |                |                        |        |                                                             |
|                        | VSBG       | Axe 1 | 1                         | 4            | 9                                  | 4,46           | /6 points              |        |                                                             |
|                        |            | Axe 2 | 1                         | 3            | 6                                  |                |                        |        |                                                             |

Il ne sert à rien d'assurer l'efficacité (3) si la sécurité (2) pour le patient comme pour le personnel n'est pas garantie!

Il ne sert à rien de bien installer le patient (4) si la prise en charge est inefficace (3)

## III. Fleurs : Variables mesurées



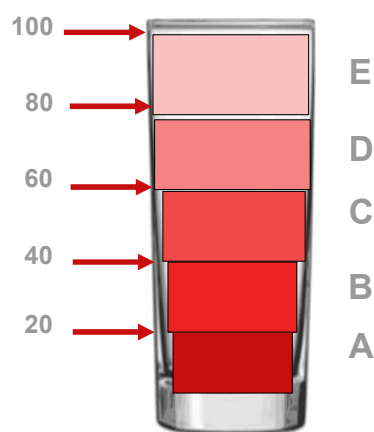
| Sous partie | Source des données | Variables mesurées                                                                                                                    |
|-------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hygiène     | AE1 et AE3         | 1. Sommes des points des changements validés :<br>Changements attendus et changements « bonus » qui ont été pondérés par l'équipe CA1 |
| PF          |                    |                                                                                                                                       |
| SSRAJ       |                    |                                                                                                                                       |
| CPNR        | AE2 et AE3         | 2. Différences des points obtenus entre AE3 et AE initiale : mesure de la progression                                                 |
| VSBG        |                    |                                                                                                                                       |

## Fleurs: Taille

La taille de la fleur représente une comparaison entre CDS en se basant sur le percentile des scores totaux obtenus dans chaque thématique (donc l'intensité des changements observés).

Une fleur A représente un total de changement parmi les 20% les plus faibles dans le DS.

Une fleur E représente un total de changement parmi les 20% les plus importants dans le DS



## IV. Feuille

| Sous partie | Source des données | Variables mesurées                                                                     |
|-------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Hygiène     | AE1, AE2 et AE3    | Régularité de la progression des points tiges de chaque thématique : $AE1 < AE2 < AE3$ |
| PF          |                    |                                                                                        |
| SSRAJ       |                    |                                                                                        |

Absolue : feuille validée si progression régulière

## Trame de feedback

11

### Concours Qualité 3 – 2019-2021 Feed-back aux CDS

**District de**

**CDS**

#### 1.Éléments considérés pour le classement

| Partie            | Sous-Partie                      | Elements d'appréciation considérés                                                                                                                                                                          | Répartition par élément |
|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Racine/ 30 points | Travail d'équipe :               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Participation moyenne aux réunions lors x visites</li><li>• Implication du personnel d'appui</li><li>• Régularité à la participation</li></ul>                      | /10 points              |
|                   | Intégration de la Roue de Deming | <ul style="list-style-type: none"><li>• Utilisation de l'outil de gestion de la qualité lors de la mise en œuvre du CQ3</li><li>• Utilisation de l'outil de gestion de la qualité en dehors du CQ</li></ul> | /10 points              |
|                   | Participation CoSa               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Participation aux réunions</li><li>• Activités COSA dans le cadre du CQ3</li></ul>                                                                                  | /10 points              |
| Tige / 30points   | Hygiène                          | Progression par axe et par thématique, entre AE initial et final des : <ul style="list-style-type: none"><li>- Des niveaux de qualité validés</li><li>- Des indicateurs validés</li></ul>                   | /6 points               |
|                   | PF                               |                                                                                                                                                                                                             | /6 points               |
|                   | SRRAJ                            |                                                                                                                                                                                                             | /6 points               |
|                   | CPNR                             |                                                                                                                                                                                                             | /6 points               |
|                   | VSBG                             |                                                                                                                                                                                                             | /6 points               |
| Feuille/10        | Hygiène                          | Régularité de la progression entre AE1, AE2, AE3<br>AE3>AE2>AE1 : oui                                                                                                                                       | / 3.33 points           |
|                   | PF                               |                                                                                                                                                                                                             | / 3.33 points           |
|                   | SRRAJ                            |                                                                                                                                                                                                             | / 3.33 points           |
| Fleur/30 points   | Hygiène                          | Intensité et ampleur des changements<br>Pondération des changements réalisés par thématique, selon les critères prédéfinis.                                                                                 | /6 points               |
|                   | PF                               |                                                                                                                                                                                                             | /6 points               |
|                   | SRRAJ                            |                                                                                                                                                                                                             | /6 points               |
|                   | CPNR                             |                                                                                                                                                                                                             | /6 points               |
|                   | VSBG                             |                                                                                                                                                                                                             | /6 points               |
| TOTAL             |                                  |                                                                                                                                                                                                             | /100 points             |

12

| 2. Les progrès réalisés par thématique |            |       |                           |              |                                    |                |                        |                      |            |            |
|----------------------------------------|------------|-------|---------------------------|--------------|------------------------------------|----------------|------------------------|----------------------|------------|------------|
| Elément d'appréciations                | Thématique | Axe   | Progression de la Qualité |              | Total d'indicateurs validés en AE3 | Points obtenus | Répartition des points | Note liée au rang DS | Rang       |            |
|                                        |            |       | Niveau initial            | Niveau final |                                    |                |                        |                      | Dans le DS | Dans la PS |
| Tige / 30 points                       | Hygiène    | Axe 1 |                           |              |                                    |                | /6 points              |                      |            |            |
|                                        |            | Axe 2 |                           |              |                                    |                |                        |                      |            |            |
|                                        | PF         | Axe 1 |                           |              |                                    |                | /6 points              |                      |            |            |
|                                        |            | Axe 2 |                           |              |                                    |                |                        |                      |            |            |
|                                        | SSRAJ      | Axe 1 |                           |              |                                    |                | /6 points              |                      |            |            |
|                                        |            | Axe 2 |                           |              |                                    |                |                        |                      |            |            |
|                                        | CPNR       | Axe 1 |                           |              |                                    |                | /6 points              |                      |            |            |
|                                        |            | Axe 2 |                           |              |                                    |                |                        |                      |            |            |
| Feuille /10 points                     | VSBG       | Axe 1 |                           |              |                                    |                | /6 points              |                      |            |            |
|                                        |            | Axe 2 |                           |              |                                    |                |                        |                      |            |            |
|                                        |            | Axe 1 |                           |              |                                    |                |                        |                      |            |            |
|                                        |            | Axe 2 |                           |              |                                    |                |                        |                      |            |            |
| Fleur/30 points                        | Hygiène    |       |                           |              |                                    | / 3.33 pts     |                        |                      |            |            |
|                                        | PF         |       |                           |              |                                    | / 3.33 pts     |                        |                      |            |            |
|                                        | SSRAJ      |       |                           |              |                                    | / 3.33 pts     |                        |                      |            |            |
| Fleur/30 points                        | Hygiène    |       |                           |              |                                    | /6 points      |                        |                      |            |            |
|                                        | PF         |       |                           |              |                                    | /6 points      |                        |                      |            |            |
|                                        | SSRAJ      |       |                           |              |                                    | /6 points      |                        |                      |            |            |
|                                        | CPNR       |       |                           |              |                                    | /6 points      |                        |                      |            |            |
|                                        | VSBG       |       |                           |              |                                    | /6 points      |                        |                      |            |            |
| Sous-total 1                           |            |       |                           |              |                                    |                | / 70 points            |                      |            |            |

| 3. Progrès réalisés par rapport aux éléments essentiels de la qualité (Racines) |                                  |                |                        |      |            |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|------------------------|------|------------|------------|
| Elément d'appréciations                                                         | Racine                           | Points obtenus | Répartition des points | Note | Rang       |            |
|                                                                                 |                                  |                |                        |      | Dans le DS | Dans la PS |
| Racine / 30 points                                                              | Travail d'équipe                 |                | /10 points             |      |            |            |
|                                                                                 | Intégration de la Roue de Deming |                | /10 points             |      |            |            |
|                                                                                 | Participation CoSa               |                | /10 points             |      |            |            |
| Sous-total 2                                                                    |                                  |                | /30points              |      |            |            |
| TOTAL                                                                           |                                  |                | / 100 points           |      |            |            |

| 4. Aspects à encourager et à améliorer par rapport aux éléments essentiels de la qualité (Racines) |              |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|
| Racine                                                                                             | Points forts | Suggestions |
| 1- Racine "Roue de Deming"                                                                         | •            | ➤           |
| 2- Racine "Travail d'équipe"                                                                       | •            | ➤           |
| 3- Racine "Implication du CoSa"                                                                    | •            | ➤           |



**Deutsche Gesellschaft für  
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH**

Sièges de la société  
Bonn et Eschborn

|                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| Friedrich-Ebert-Allee 36 + 40 | Dag-Hammarskjöld-Weg 1 - 5 |
| 53113 Bonn, Allemagne         | 65760 Eschborn, Allemagne  |
| T +49 228 44 60 - 0           | T +49 61 96 79 - 0         |
| F +49 228 44 60 - 17 66       | F +49 61 96 79 - 11 15     |

E [info@giz.de](mailto:info@giz.de)  
I [www.giz.de](http://www.giz.de)

**giz** Deutsche Gesellschaft  
für Internationale  
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



## **II-3 Stratégie classement des CDS**

## **Stratégie générale de classement des CDS pour la 3<sup>ème</sup> édition du Concours Qualité (CQ)**

---

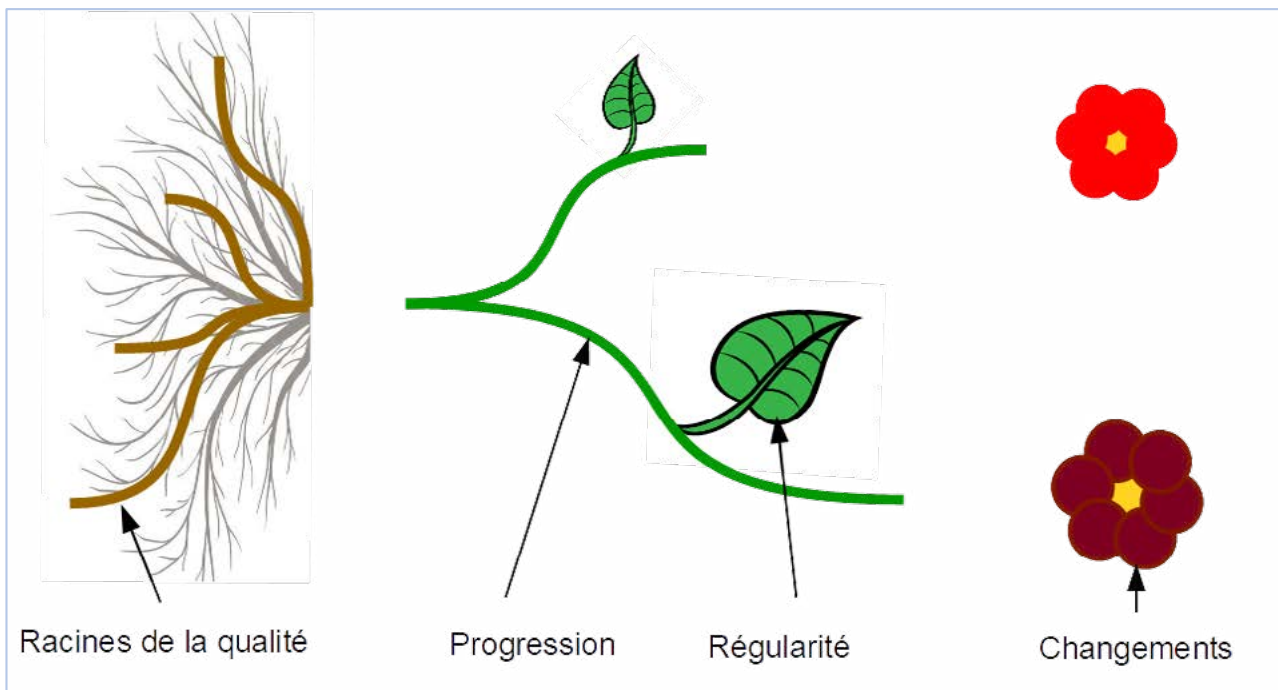
## Table des matières

|                                                                                       |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Modèle d'évaluation .....                                                             | 3 |
| Racines de la qualité : « l'investissement » .....                                    | 4 |
| Progression et régularité : Tiges et feuille.....                                     | 6 |
| Changements validés : fleurs .....                                                    | 7 |
| Chronologie des étapes de classement.....                                             | 8 |
| Principes du classement .....                                                         | 9 |
| Résumé des éléments d'appréciation considérés pour le classement et pondération ..... | 9 |

## Modèle d'évaluation

L'évaluation des progrès pour le classement final s'appuie sur un score correspondant à la somme des points obtenus sur 3 aspects :

- Racines de la qualité / éléments essentiels (travail en équipe, utilisation de l'outil de gestion de la qualité, participation communautaire)
- Progression entre les auto-évaluations initiale et finale ; et régularité de cette progression pour les thématiques de la séquence 1 ayant bénéficié d'une AE intermédiaire.
- Changements validés.



## Racines de la qualité : « l'investissement »

Les trois racines de la qualité comptent pour 30% des points totaux. Elles sont évaluées par le jury.

### **Modalités d'évaluation des racines** (pour les détails : voir note explicative) :

- Appropriation de la roue de Deming comme outil de gestion de la qualité a été évaluée sur base d'un questionnaire administré aux équipes des CDS participants. Ce questionnaire porte sur l'utilisation de l'outil dans le cadre du concours qualité et en dehors du concours qualité.
- L'évaluation des deux autres racines, le travail d'équipe et l'implication du CoSa, est faite sur base des données recueillies lors des visites de suivi pendant les deux séquences.

### **Notation pour la racine « Roue de Deming ».**

Une grille d'analyse est construite sur le logiciel Excel sur base des réponses attendus par rapport au questionnaire administré. Quand un élément de réponse attendu est présent, la case correspondante est cochée. La valeur « VRAI » et les points correspondants sont alors automatiquement affichés.

Pour évaluer cette racine, le jury extrait les informations fournies par les CDS dans le questionnaire leur administré.

### **Points attribués aux autres racines**

D'après les données collectées par les AQ tout au long de l'intervention lors des suivis de visites), les scores intermédiaires sont renseignés afin que le jury puisse apprécier les points forts et les points à améliorer pour chaque CDS.

Pour le travail en équipe,

Le score final se décompose en deux parties :

- La participation aux réunions :
  - se base sur la participation moyenne de toute l'équipe lors des réunions CQ
  - est pénalisé par l'irrégularité de cette participation
  - est pénalisé si les infirmiers, titulaires et adjoints participent plus que les autres types de personnels.
- Le score dynamique d'équipe tient compte des évaluations des AQ pour :
  - L'entente de l'équipe
  - Le leadership
  - L'engagement de l'équipe

Pour l'implication du COSA, Le score final se décompose en deux parties :

- La participation des COSA aux réunions et l'activité des participants (actifs, actifs après sollicitation ou passif).

Le détail du nombre total de membres du COSA participants activement, après sollicitation ou passif, est mentionné en sous-score.
- Les activités des COSA en dehors des réunions (partage d'informations à la communauté, contributions au CQ, initiatives dans le cadre du CQ).

Le détail du nombre de chaque activité est mentionné en sous-score pour permettre l'appréciation du jury.

### Délibération par le jury pour les trois racines

L'outil digitalisé conçu pour la délibération comporte un onglet « Résumé DS » qui reprend l'ensemble des résultats clés (score intermédiaire, points totaux) pour chaque CDS du DS et permet une visualisation d'ensemble. Une fois que tous les CDS ont été évalués, le jury peut affiner sa délibération en comparant les résultats entre CDS.

La note finale (de A à E) est relative (basée sur les percentiles). C'est-à-dire que les 20% derniers CDS obtiennent A, puis les 20%-40% suivant obtiennent B, etc. Jusqu'aux 20% meilleurs CDS du DS qui obtiennent E.

## Progression et régularité : Tiges et feuille

Ces aspects correspondent à 40% des points totaux lors du classement dont 30% pour la progression et 10% pour la régularité.

Sur la représentation graphique : la progression correspond à la tige et la régularité à la feuille.

Logique : basé sur l'évolution des points sur les 3 AE pour les 3 thématiques de la 1<sup>ère</sup> séquence et sur l'évolution entre AE3 et AE2 pour les thématiques de la 2<sup>ème</sup> séquence.

Pondération : les points tiennent compte de :

- Les indicateurs validés : chaque indicateur validé = x points selon le niveau
  - o 10 points pour chacun des indicateurs de Niveau 2
  - o 15 points pour le Niveau 3
  - o 20 points pour le Niveau 4
  - o 30 pts pour l'extra (Niveau 5)
- Les niveaux validés = points importants = 100 points.

Les deux aspects évalués :

1. **Progression** : AE3-AE1 (ou AE3-AE2 pour les thématiques séquence 2) = la tige
  - ⇒ Progression (AE3>AE1) : plus la différence AE3-AE1 est grande, plus la tige est grande, plus il y a de points
  - ⇒ Stagnation (AE3=AE1), perte (AE3<AE1) => tige minimale identique = 0 point
2. **Régularité** (pour les thématiques de la séquence 1) : le niveau à AE2 permet d'estimer la régularité
  - ⇒ Régulier dans la progression : AE1<AE2<AE3 (peu importe l'ampleur de la progression) : obtiennent des points « bonus »
  - ⇒ Irrégulier : tous les autres cas

Exemple : thématique séquence 1 :

|          |                   | AE1  |         | AE2  |         | AE3 |          |
|----------|-------------------|------|---------|------|---------|-----|----------|
|          |                   | Nb   | Points  | Nb   | Points  | Nb  | Points   |
| Niveau 2 | Nb d'indicateurs  | 2 /3 | 2x10=20 | 2 /3 | 2x10=20 | 3/3 | 3x10 =30 |
|          | Validation niveau | Non  | 0       | Non  | 0       | Oui | 100      |
| Niveau 3 | Nb d'indicateurs  | 1/3  | 1x15=15 | 2/3  | 2x15=30 | 2/3 | 2x15=30  |
|          | Validation niveau | Non  | 0       | Non  | 0       | Non | 0        |
| Niveau 4 | Nb d'indicateurs  | 2/3  | 2x20=40 | 2/3  | 2x20=40 | 3/3 | 3x20=60  |
|          | Validation niveau | Non  | 0       | Non  | 0       | Non | 0        |
| Niveau 5 | Nb d'indicateurs  | 0    | 0       | 0    | 0       | 1   | 1x30=30  |
| TOTAL    |                   |      | 75      |      | 90      |     | 350      |

- Progression AE3-AE1 = 150-75 = 75 points
- Points obtenus en AE2 = 90 points
- ⇒ AE1=75 < AE2=90 < AE3=150 => régulier = grande feuille

## Changements validés : fleurs

### Etapas de la catégorisation

Chaque indicateur a donné lieu à l'identification de pré-catégories, assez nombreuses. Pour chaque indicateur, il fallait valider toutes les pré-catégories « ■ » pour valider l'indicateur ; c'est donc assez exigeant pour les CDS mais aussi en termes de travail pour la pondération. On va donc regrouper les pré-catégories en catégories. Les items regroupés doivent être homogènes car ils auront les mêmes points. Il doit y avoir 2-3 catégories / indicateur et ces catégories doivent être réalistes (pas trop sévères pour que les CDS puissent valider toutes les catégories donc l'indicateur).

Par ailleurs, il y a des pré-catégories « bonus » (« - »), qui ne comptent pas pour la validation de l'indicateur mais qui donneront des points pour les changements validés (fleur).

Une seule base de données « suivi des changements », avec les pré-catégories sert à :

- Validation de l'indicateur (calcul de la tige) :
  - o La présence d'une pré-catégorie et/ou d'une autre : valide la catégorie
  - o La validation des 2-3 catégories valide l'indicateur
  - o La validation des 3 indicateurs valide le niveau
- Points des changements (calcul de la fleur) :
  - o Chaque catégorie est pondérée
  - o Chaque pré-catégorie validée dans le suivi des changements donne les points de la catégorie correspondante. Donc un CDS qui n'aurait validé qu'une seule pré-catégorie de la catégorie aura moins de points qu'un CDS qui aurait validé plus de pré-catégories.
  - o Chaque pré-catégorie bonus est pondérée et donne des points supplémentaires.

### Pondération

- ⇒ Les changements opérés pour toutes les thématiques représentent 30% des points totaux pour le classement.

Les changements sont pondérés sur la base de 4 critères : i) les ressources financières et humaines, ii) l'impact sur la qualité, iii) la visibilité pour les usagers, iv) la pérennité.

| Points | Descriptif                                                                                                                                                                            |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10     | Très faible investissement (financier et humain), incertitude des changements (habitudes), très faible retombée pour les patients, faible lien avec le CQ (ex: CMM promue par le PBF) |
| 20     | Faible investissement (financier et humain), faible retombée pour les patients, faible action sur les habitudes                                                                       |
| 30     | Efforts de l'équipe (travail supplémentaire), participation / réponse aux besoins des patients                                                                                        |
| 40     | RC prononcé, esprit d'équipe développé, effet modéré pour la communauté                                                                                                               |
| 50     | Efforts prononcés de l'équipe (réorganisation allongement des horaires, investissements financier), effet modéré pour les patients                                                    |
| 60     | Efforts très prononcés (financier, recrutement), effet notable                                                                                                                        |
| 70     | Gros investissement financier                                                                                                                                                         |

La pondération sera réalisée pour chaque catégorie et chaque pré-catégorie « bonus ». A la fin de cet exercice, toutes les pondérations seront triées par ordre croissant pour vérifier si l'augmentation de points est cohérente d'une (pré)catégorie à l'autre. Il est possible d'attribuer des points intermédiaires (par exemple 15 points) pour une catégorie qui serait entre deux valeurs.

## Chronologie des étapes de classement

- 1- **Les experts du champ d'action accessibilité et qualité des services (CA1)** regroupent les pré-catégories de changements qui sont nécessaires à la validation de l'indicateur en catégories « homogènes », moins nombreuses.
- 2- **Le CA1** fait la pondération pour :
  - Les catégories nécessaires à la validation de l'indicateur
  - Les pré-catégories « optionnelles »
- 3- **La consultante internationale assurant le backstopping** pour les aspects de monitoring et évaluation prépare les routines pour automatiser (avec la BDD « Suivi des changements ») :
  - Le calcul des points de changements validés (fleur)
  - Le calcul des points de progression entre l'AE3 et l'AE initiale (tige)
  - Le calcul des points de régularité de progression pour les thématiques de la séquence 1.
- 4- **Les CDS** remplissent les autoévaluations finales (AE2 pour les thématiques de la 2<sup>ème</sup> séquence, AE3 pour les thématiques de la 1<sup>ère</sup> séquence).
- 5- **Les experts qualité** saisissent les changements mentionnés dans les autoévaluations finales dans la base de données « Suivi des changements » en validant les pré-catégories déjà définies.
- 6- Si des changements inattendus apparaissent :
  - a. Le CA1 pondère ces changements
  - b. L'experte internationale les intègre aux scripts
- 7- L'experte internationale : fait tourner les routines sur les BDD « suivi des changements » et exporte les résultats par CDS

## Principes du classement

L'ensemble des points pour le classement est ramené à une note sur 100 points qui se compose de :

- 30 points pour les racines ; soit 10 points par racine.
- 30 points pour les tiges ; soit 6 points par tige. Notez que cette note peut être négative s'il y a eu régression entre l'AE initiale et AE3 : les CDS qui ont reculé perdent donc des points.
- 10 points pour la feuille ; soit 3.33 points par feuille.
- 30 points pour les fleurs ; soit 6 points par fleur.

La meilleure note du DS dans chaque sous-section correspond à la note maximale et les notes des autres CDS sont proportionnelles à cette note maximale.

Exemple : dans une DS, le meilleur CDS au niveau de la tige Hygiène obtient 300 points de progression entre AE1 et AE3. Il obtient donc la meilleure note, soit 6 points pour la tige. Un autre CDS avec une progression de 100 points obtiendra donc 2 points.

## Résumé des éléments d'appréciation considérés pour le classement et pondération

| Partie            | Sous-Partie                      | Eléments d'appréciation considérés                                                                                                                                                                         | Répartition par élément |
|-------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Racine/ 30 points | Travail d'équipe                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Participation moyenne aux réunions lors x visites</li> <li>Implication du personnel d'appui</li> <li>Régularité à la participation</li> </ul>                       | /10 points              |
|                   | Intégration de la Roue de Deming | <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation de l'outil de gestion de la qualité lors de la mise en œuvre du CQ3</li> <li>Utilisation de l'outil de gestion de la qualité en dehors du CQ</li> </ul> | /10 points              |
|                   | Participation COSA               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Participation aux réunions</li> <li>Activités COSA dans le cadre du CQ3</li> </ul>                                                                                  | /10 points              |
| Tige / 30points   | Hygiène                          | Progression par axe et par thématique, entre AE initial et final des : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des niveaux de qualité validés</li> <li>- Des indicateurs validés</li> </ul>               | /6 points               |
|                   | PF                               |                                                                                                                                                                                                            | /6 points               |
|                   | SRRAJ                            |                                                                                                                                                                                                            | /6 points               |
|                   | CPNR                             |                                                                                                                                                                                                            | /6 points               |
|                   | VSBG                             |                                                                                                                                                                                                            | /6 points               |
| Feuille/10        | Hygiène                          | Régularité de la progression entre AE1, AE2, AE3<br>AE3>AE2>AE1 : oui                                                                                                                                      | / 3.33 points           |
|                   | PF                               |                                                                                                                                                                                                            | / 3.33 points           |
|                   | SRRAJ                            |                                                                                                                                                                                                            | / 3.33 points           |
| Fleur/30 points   | Hygiène                          | Intensité et ampleur des changements<br>Pondération des changements réalisés par thématique, selon les critères prédéfinis.                                                                                | /6 points               |
|                   | PF                               |                                                                                                                                                                                                            | /6 points               |
|                   | SRRAJ                            |                                                                                                                                                                                                            | /6 points               |
|                   | CPNR                             |                                                                                                                                                                                                            | /6 points               |
|                   | VSBG                             |                                                                                                                                                                                                            | /6 points               |
| <b>TOTAL</b>      |                                  |                                                                                                                                                                                                            | <b>/100 points</b>      |



## **II-4 Concept jury et logistique pour la rétroinformation**

## Concept jury et logistique pour la rétroinformation

---

### Concept jury pour le CQ

Pour toutes les éditions du CQ, le concept jury est élaboré en concertation avec le programme technique partenaire du projet (PNSR) et les partenaires du niveau opérationnel (BPS, DS). Partant des avantages que le monitoring digitalisé de la 3<sup>ème</sup> édition du concours qualité offre en termes de disponibilité des données et des contraintes rencontrées lors du jury 2<sup>ème</sup> édition auxquelles s'ajoute le contexte Covid-19, les partenaires ont réfléchi sur les aspects de simplification du jury tout en observant les principes du concours qualité.

Ainsi, il a été constaté que les bases des données collectées à travers les visites de suivi et les autoévaluations peuvent renseigner sur certains éléments d'appréciation des progrès notamment : les changements réalisés par les CDS ; le travail d'équipe/engagement de l'équipe, la participation communautaire. Seule l'intégration de l'outil de gestion de la qualité (Roue de Deming) n'est pas documentée.

Le concept du jury est établi sur la base des étapes requises pour appréciation des progrès réalisés et la communication des résultats aux CDS participants.

### Description des étapes

#### **Etape 1 : Evaluation des progrès**

Les progrès faisant objet d'évaluation sont les racines de la qualité et les changements réalisés par les CDS participants.

Pour plus de détails, le modèle d'évaluation et les principes pour le classement se trouve dans l'annexe stratégie générale de classement.

#### **Etape 2 : Rétro information aux équipes des CDS**

Pour partager avec chaque équipe des CDS participants les résultats de l'appréciation des progrès réalisés, le jury organise des visites sur le terrain.

L'objectif de ces visites de retro information est de porter à la connaissance de toute l'équipe du CDS participant les résultats obtenus pour chaque thématique faisant objet du concours, l'appréciation des efforts déployés pour la mise en application des racines de la qualité, et d'encourager les équipes sur les aspects à maintenir ou à améliorer.

Les membres du jury se répartissent les CDS à raison de tout au plus 5 membres du jury par DS, et les 5 membres se rendent dans chaque CDS selon un chronogramme établi en concertation avec les CDS pendant la période assignée aux visites de rétroinformation.

L'organisation de ces visites requiert une certaine logistique avec un coût conséquent lié aux frais de séjour et de déplacement.

#### **Etape 3 : Evènements de remise des résultats et prix**

Conformément aux principes du CQ, de promouvoir la reconnaissance des efforts et l'estime de soi, il est organisé des événements formels de remise des résultats finaux et prix au niveau de chaque province sanitaire.

L'objectif de ces événements est de porter à la connaissance des acteurs clés, les résultats du concours en termes de classement des CDS participants et d'échanger sur les modalités de maintien et de pérennisation des acquis.

Ces événements sont organisés sous forme d'ateliers réunissant les représentants des CDS des DS relevant de la province sanitaire. Sont également associés à ces événements, les membres des COSA, les représentants de l'administration communale et provinciale ainsi que les autorités sanitaires provenant des BPS et des DS.



## **II-5 Liste initiale CDS participants au CQ3**

## Projet de Renforcement des Structures de Santé/SDSR

### Liste des CDS participant au Concours qualité/ 3<sup>ème</sup> Edition

#### Récapitulatif des CDS participant au CQ 3

| Province sanitaire                | District sanitaire | CDS       |               |             |          |           |
|-----------------------------------|--------------------|-----------|---------------|-------------|----------|-----------|
|                                   |                    | Publiques | Confessionnel | Associatifs | Privé    | Total     |
| <b>Gitega</b><br>(33 CDS)         | Gitega             | 9         | 7             | -           | -        | <b>16</b> |
|                                   | Kibuye             | 15        | 2             |             |          | <b>17</b> |
| <b>Muramvya</b><br>(27 CDS)       | Muramvya           | 9         | 3             | 1           | 1        | <b>14</b> |
|                                   | Kiganda            | 10        | 2             |             | 1        | <b>13</b> |
| <b>Mwaro</b><br>(32 CDS)          | Kibumbu            | 12        | 2             | 2           | 3        | <b>19</b> |
|                                   | Fota               | 12        | 1             |             |          | <b>13</b> |
| <b>Total des CDS participants</b> |                    | <b>67</b> | <b>17</b>     | <b>3</b>    | <b>5</b> | <b>92</b> |

### Province Sanitaire de Muramvya

#### 1. District sanitaire de Muramvya : 14 CDS

(9 CDS publiques, 3 CDS confessionnels, 1 CDS privé, 1 CDS associatif)

| N° | Nom du CDS  | Statut du CDS | Thématiques choisies | Observation |
|----|-------------|---------------|----------------------|-------------|
| 1  | MURAMVYA    | Publique      | Toutes               |             |
| 2  | RWEZA       | Publique      | Toutes               |             |
| 3  | KARUBABI    | Associatif    | 5thématiques         | PF exclu    |
| 4  | BUGARAMA    | Publique      | Toutes               |             |
| 5  | SHOMBO      | Confessionnel | Toutes               |             |
| 6  | RYARUSERA   | Confessionnel | Toutes               |             |
| 7  | SHUMBA      | Publique      | Toutes               |             |
| 8  | BUKEYE      | Confessionnel | Toutes               |             |
| 9  | GIKO        | Publique      | Toutes               |             |
| 10 | TEZA        | Publique      | Toutes               |             |
| 11 | BUSANGANA   | Publique      | Toutes               |             |
| 12 | RUSARENDA   | Publique      | Toutes               |             |
| 13 | CONER STONE | Privé         | Toutes               | Nouveau     |
| 14 | NYARUCAMO   | Publique      | Toutes               |             |

#### 2. District sanitaire de Kiganda : 13 CDS

(10 CDS publiques, 2 CDS confessionnels, 1 CDS privé)

| N° | Nom du CDS   | Statut du CDS | Thématiques choisies | Observation |
|----|--------------|---------------|----------------------|-------------|
| 1  | MARUMANE     | Publique      | Toutes               |             |
| 2  | KANIGA       | Publique      | Toutes               |             |
| 3  | MUNYINYA     | Publique      | Toutes               |             |
| 4  | ABANYAGIHUGU | Privé         | Toutes               |             |
| 5  | MUNANIRA     | Confessionnel | Toutes               | Nouveau     |
| 6  | KIVOGA       | Publique      | Toutes               |             |
| 7  | RUGARI       | Publique      | Toutes               |             |
| 8  | RWUYA        | Publique      | Toutes               |             |
| 9  | GASURA       | Publique      | Toutes               |             |
| 10 | KIGANDA      | Publique      | Toutes               |             |
| 11 | KANYAMI      | Publique      | Toutes               |             |
| 12 | GATABO       | Confessionnel | 5 thématiques        | PF exclu    |
| 13 | RENGA        | Publique      | Toutes               |             |

## Province Sanitaire de Gitega

### 1. District sanitaire de GITEGA : 16 CDS

(9 CDS publiques, 7 CDS confessionnels)

| N° | Nom du CDS | Statut du CDS | Thématiques choisies | Observation |
|----|------------|---------------|----------------------|-------------|
| 1  | KIBIMBA    | Confessionnel | Toutes               |             |
| 2  | MURAYI     | Confessionnel | Toutes               |             |
| 3  | GIHETA     | Publique      | Toutes               |             |
| 4  | MUNGWA     | Publique      | Toutes               |             |
| 5  | RUTOKI     | Publique      | Toutes               |             |
| 6  | CERU       | Publique      | Toutes               |             |
| 7  | SONGA      | Confessionnel | Toutes               |             |
| 8  | GASUNU     | Publique      | Toutes               |             |
| 9  | MMK        | Confessionnel | Toutes               |             |
| 10 | RUTEGAMA   | Confessionnel | Toutes               |             |
| 11 | MUREMERA   | Publique      | Toutes               |             |
| 12 | BUKINGA    | Publique      | Toutes               |             |
| 13 | GITEGA     | Publique      | Toutes               |             |
| 14 | MUBUGA     | Publique      | Toutes               |             |
| 15 | MUSHASHA   | Confessionnel | Toutes               |             |
| 16 | NDA        | Confessionnel | Toutes               |             |

### 2. District sanitaire de KIBUYE : 17 CDS

(15 CDS publiques, 2 CDS confessionnels)

| N° | Nom du CDS  | Statut du CDS | Thématiques choisies | Observation |
|----|-------------|---------------|----------------------|-------------|
| 1  | BURAZA      | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 2  | MAHONDA     | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 3  | NYARUNAZI   | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 4  | BURIZA      | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 5  | BUKIRASAZI  | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 6  | BUNYUKA     | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 7  | RUKOKI      | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 8  | RUHANZA     | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 9  | BUHINDA     | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 10 | BUHORO      | Confessionnel | Toutes               | Nouveau     |
| 11 | GISIKARA    | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 12 | MAKEBUKO    | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 13 | MURENDA     | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 14 | BUNGERE     | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 15 | KAROKA      | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 16 | MARAMVYA    | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 17 | NYAMGANDIKA | Confessionnel | Toutes               | Nouveau     |

## Province Sanitaire de Mwaro

### 1. District sanitaire de Kibumbu : 19 CDS

(12 CDS publiques, 2 CDS confessionnels, 3 CDS privés, 2 CDS associatifs)

| N° | Nom du CDS               | Statut du CDS | Thématiques choisies | Observation |
|----|--------------------------|---------------|----------------------|-------------|
| 1  | NYAKARAYE                | Publique      | Toutes               |             |
| 2  | NYABIHANGA               | Publique      | Toutes               |             |
| 3  | MBOGORA                  | confessionnel | Toutes               |             |
| 4  | UBUVUKANYI               | Associatif    | Toutes               |             |
| 5  | KIBUNGERE                | Publique      | Toutes               |             |
| 6  | RORERO                   | Publique      | Toutes               |             |
| 7  | BUBURU                   | Publique      | Toutes               | Nouveau     |
| 8  | RUTYAZO                  | Publique      | Toutes               |             |
| 9  | GATWE                    | Publique      | Toutes               |             |
| 10 | MUYEBE                   | Confessionnel | Toutes               |             |
| 11 | MWARO CROIX ROUGE        | Associatif    | Toutes               |             |
| 12 | BISORO                   | Publique      | Toutes               |             |
| 13 | KANKA                    | Publique      | Toutes               |             |
| 14 | TABARUKA                 | Privé         | Toutes               |             |
| 15 | MUNAGO                   | Publique      | Toutes               |             |
| 16 | MWARO PRIVE              | privé         | Toutes               |             |
| 17 | KIBUMBU                  | Publique      | Toutes               |             |
| 18 | KIRAMBI                  | Publique      | Toutes               |             |
| 19 | AIRE MEDICAL St FRANCOIS | privé         | Toutes               | Nouveau     |

### 2. District sanitaire de Fota : 13 CDS

(12 CDS publiques, 1 CDS confessionnel)

| N° | Nom du CDS  | Statut du CDS | Thématiques choisies               | Observation                                   |
|----|-------------|---------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1  | FOTA        | Publique      | Toutes                             |                                               |
| 2  | BUZIRACANDA | Publique      | Toutes                             |                                               |
| 3  | NDAVA       | Publique      | Toutes                             |                                               |
| 4  | NYABISAKA   | Publique      | Toutes                             |                                               |
| 5  | MURAMBI     | Publique      | Toutes                             |                                               |
| 6  | YANZA       | Publique      | Toutes                             |                                               |
| 7  | RUSAKA      | confessionnel | SSRAJ, IST, VSBG, Hygiène, Accueil | Le CDS n'adhère pas pour la thématiques de PF |
| 8  | NYAKARARO   | Publique      | Toutes                             |                                               |
| 9  | RWINTARE    | Publique      | Toutes                             |                                               |
| 10 | MUTUMBA     | Publique      | Toutes                             |                                               |
| 11 | GISOZI      | Publique      | Toutes                             |                                               |
| 12 | KIBIMBA     | Publique      | Toutes                             |                                               |
| 13 | GITARA      | Publique      | Toutes                             |                                               |



## **III-1 Grilles AE en français**

Concours Qualité/ 3<sup>ème</sup> édition\_ GRILLE D'AUTO-EVALUATION /THEMATIQUE « CONSULTATION PRENATALE RECENTREE \_ CPNR\_ »

**Axe 1 : Accès de la population à l'information fiable sur la CPNR est assuré**

| Niveaux  | Indicateurs                                                                                                                                                                                                                       | AE1                      | Arguments |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Niveau 1 | <b>Au moins un indicateur du niveau 2 est manquant ou incomplet</b>                                                                                                                                                               |                          |           |
| Niveau 2 | <b>L'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                                                                                                                                      |                          |           |
|          | 1. Tout le personnel du CDS en fonction de son rôle ait les connaissances suffisantes pour promouvoir une CPN de qualité                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Des séances de counseling collectif sur les avantages de la CPN avec un accent sur la CPN précoce, respect du calendrier y compris les conseils sur les IST soient organisées au CDS au moins une fois le mois et documentées. | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les relais communautaires soient informés sur le paquet de soins de la CPNR et sur l'importance de la CPN précoce                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 3 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                                                                                         |                          |           |
|          | 1. La population soit informée du paquet de soins offerts en CPN et sensibilisée sur l'importance de la CPN précoce sur base des résultats d'analyse des données (au CDS et au niveau de la communauté)                           | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Les relais communautaires orientent les clientes/ femmes enceintes pour faire la CPN précoce                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les femmes soient informées sur les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement ainsi que sur la préparation du plan d'accouchement                                                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 4 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                                                                                         |                          |           |
|          | 1. Les mécanismes de collaboration avec les acteurs communautaires soient établis pour promouvoir la CPNR et susciter les hommes à accompagner leurs femmes                                                                       | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Les supports éducatifs soient utilisés dans les actions de sensibilisation de la population et des groupes ayant des besoins spécifiques sur la CPNR                                                                           | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les rumeurs et les doléances sur les CPN soient recueillies et prises en compte par l'équipe du CDS                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 5 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité.</b>                                                                                                |                          |           |
|          | <b>Décrivez ces mesures :</b>                                                                                                                                                                                                     |                          |           |
|          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                          |                          |           |

**Axe 2 : La disponibilité et l'accessibilité des services de CPNR de qualité sont assurées**

| Niveau   | Indicateurs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | AE1                                                                                                                  | Arguments |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Niveau 1 | <b>Au moins un indicateur du niveau 2 est manquant ou incomplet</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                      |           |
| Niveau 2 | <b>L'équipe prend des mesures pour que :</b><br><div>1. Les prestataires aient des compétences pour offrir le paquet complet à chaque CPN y compris la PEC des pathologies et complications liées la grossesse , des IST et la PTME</div> <div>2. Le carnet santé mère-enfant, les outils de collecte, de gestion, de référence et de rapportage des données soient bien tenus et bien remplis</div> <div>3. Un local remplissant les conditions requises (point d'eau, source de lumière,) pour l'offre de service de CPNR soit disponible</div> | <div>1. <input type="checkbox"/></div> <div>2. <input type="checkbox"/></div> <div>3. <input type="checkbox"/></div> |           |
| Niveau 3 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b><br><div>1. Le CDS facilite l'accès au service de CPN en le rendant disponible au moins 5 jours sur 7</div> <div>2. Des mécanismes de suivi et de relance des femmes enceintes pour le respect du calendrier de CPN soient établis</div> <div>3. Tout le personnel soignant soit compétent à faire l'examen clinique et obstétrical complet en toute confidentialité</div>                                                                               | <div>1. <input type="checkbox"/></div> <div>2. <input type="checkbox"/></div> <div>3. <input type="checkbox"/></div> |           |
| Niveau 4 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b><br><div>1. Le kit (matériel de travail, intrants) pour la CPNR soit disponible dans le service de CPN et utilisé correctement</div> <div>2. Le circuit et l'espace d'accueil assurent la confidentialité pour les groupes ayant des besoins spécifiques</div> <div>3. Les prestataires fassent l'identification active des femmes enceintes dans les autres services pour la promotion de la CPN précoce</div>                                          | <div>1. <input type="checkbox"/></div> <div>2. <input type="checkbox"/></div> <div>3. <input type="checkbox"/></div> |           |
| Niveau 5 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité. Décrivez ces mesures :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><input type="checkbox"/></div>                                                                                  |           |

# Concours Qualité/3<sup>ème</sup> édition \_ GRILLE D'AUTO-EVALUATION THEMATIQUE « Hygiène »

## Axe 1 : L'ordre et la propreté sont assurés au sein du CDS

| Niveaux  | Indicateurs                                                                                                                                               | AE1                      | Arguments |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Niveau 1 | <b>Au moins un indicateur du niveau 2 est manquant ou incomplet</b>                                                                                       |                          |           |
| Niveau 2 | <b>L'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                                                              |                          |           |
|          | 1. L'entretien des locaux et de la cour soit assuré quotidiennement                                                                                       | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Les accessoires de nettoyage soient suffisants et en bon état                                                                                          | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les différentes poubelles soient disponibles et étiquetées pour faciliter la collecte des déchets dans la cour et les salles de soins                  | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 3 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                 |                          |           |
|          | 1. Un bon archivage des documents et un bon rangement du matériel et de l'équipement soient assurés                                                       | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Le personnel et les usagers du CDS (clients, gardes malades, et visiteurs) utilisent correctement les poubelles et les latrines                        | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les points d'eau fonctionnels et savons soient disponibles dans toutes les salles de soins, hébergement, douches et latrines                           | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 4 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                 |                          |           |
|          | 1. Les lits et les matelas occupés soient en bon état et soient couverts de draps, de couvertures et de MILDA propres et non déchirés.                    | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Le CDS soit clôturé, débroussaillé, sans eau stagnante et entrée principale fermable                                                                   | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les latrines soient suffisantes, en bon état et séparées pour hommes et femmes                                                                         | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 5 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité. Décrivez ces mesures :</b> |                          |           |
|          |                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |           |

Axe 2 : La sécurité des soins est garantie

| Niveau   | Indicateurs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AE1                                                                                                                  | Arguments |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Niveau 1 | <b>Au moins un indicateur du niveau 2 est manquant ou incomplet</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                      |           |
| Niveau 2 | <b>L'équipe prend des mesures pour que :</b><br><div><div>1. La mise en place des 6 protocoles/fiches techniques requis pour la sécurité des soins (lavage des mains, port de barrières de protection, la désinfection et la stérilisation du matériel de soins, les modalités de gestion des déchets biomédicaux dès la production à la destruction, la CAT en cas d'accident d'exposition au sang -AES-) soit effective</div><div>2. Les dispositifs d'élimination des déchets (incinérateur, fosse à placenta, fosse à cendres, fosse d'enfouissement) soient utilisés correctement et entretenus</div><div>3. Le matériel de stérilisation soit disponible et utilisé (autoclave recommandé)</div></div> | <div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div> |           |
| Niveau 3 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b><br><div><div>1. Les protocoles/fiches techniques en rapport avec la sécurité des soins (lavage des mains, protection individuelle, nettoyage des locaux et des surfaces, nettoyage-désinfection-stérilisation du matériel utilisé : conduite à tenir en cas d'AES) soient appliqués</div><div>2. Les outils de collecte adaptés aux différents types de déchets soient disponibles, étiquetés et utilisés dans tous les services du CDS</div><div>3. Le personnel applique correctement les procédures dès le tri jusqu'à l'élimination des déchets</div></div>                                                    | <div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div> |           |
| Niveau 4 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b><br><div><div>1. Tout le personnel applique correctement les techniques de stérilisation à l'autoclave</div><div>2. Les dispositifs d'élimination des déchets (incinérateur, fosse à placenta, fosse à cendres, fosse d'enfouissement) conformes aux normes soient disponibles</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div>                                    |           |
| Niveau 5 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité. Décrivez ces mesures :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div><div><input type="checkbox"/></div></div>                                                                       |           |

**Concours Qualité/ 3<sup>ème</sup> édition\_ GRILLE D'AUTO-EVALUATION /THEMATIQUE « PLANIFICATION FAMILIALE »**

**Axe 1 : L'accès de la population à l'information fiable est assuré**

| Niveaux  | Indicateurs                                                                                                                                                                                            | AE1                      | Arguments |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Niveau 1 | <b>Au moins un indicateur du niveau 2 est manquant ou incomplet</b>                                                                                                                                    |                          |           |
| Niveau 2 | <b>L'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                                                                                                           |                          |           |
|          | 1. Tout le personnel ait les connaissances minimales pour promouvoir les méthodes contraceptives (méthodes disponibles et public cible)                                                                | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Les séances de counseling collectif (CDS/communauté) visant l'adhésion aux méthodes contraceptives soient réalisées au moins une fois le mois                                                       | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les conditions d'attentes et de confidentialité des clients/clientes soient assurées dans les salles de PF                                                                                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 3 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                                                              |                          |           |
|          | 1. Un mécanisme de recueil des doléances et des rumeurs spécifiques dans l'aire d'attraction soit mis en place afin d'analyser les besoins en informations pour dissiper ces rumeurs                   | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Les conseils sur les IST soient intégrés dans les échanges sur la PF dans les services de vaccination, curatifs, CPoN, CPN, Nutrition, Maternité (post partum), service de PEC des PVIH             | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les prestataires orientent le client/la cliente pour un choix éclairé des méthodes contraceptives en tenant compte de sa vie reproductive (perspectives, sexualité)                                 | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 4 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                                                              |                          |           |
|          | 1. Les séances de counseling collectif s'adressent aux groupes spécifiques (Hommes, personnes vivant avec le handicap, Batwa...)                                                                       | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Les doléances de la communauté soient prises en compte dans les actions d'amélioration                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les séances de counseling collectif abordent la dissipation des rumeurs spécifiques à l'aire d'attraction (attitude, comportement, contexte etc.) et les autres préoccupations des clients/clientes | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 5 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité. Décrivez ces mesures :</b>                                              |                          |           |
|          |                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |           |

**Axe 2 : La qualité de l'offre du service de planification familiale est assurée**

| Niveau   | Indicateurs                                                                                                                                                        | AE1                      | Arguments |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Niveau 1 | <b>Au moins un indicateur du niveau 2 est manquant ou incomplet</b>                                                                                                |                          |           |
| Niveau 2 | <b>L'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                                                                       |                          |           |
|          | 1. Les outils de collecte et de rapportage des données PF/IST soient au complet, bien tenus et bien remplis dans les délais exigés.                                | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. La sécurisation physique des actes soit assurée (pour les patients et les agents de santé)                                                                      | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. La gamme complète des méthodes contraceptives, les consommables, le matériel et l'équipement soient disponibles et en bon état                                  | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 3 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                          |                          |           |
|          | 1. Le suivi de la progression en termes de résultats (nombre de nouvelles adhésions, Couple année protection, réduction des abandons) soit assuré et rendu visible | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. La prise en charge correcte des effets secondaires et l'analyse régulière des causes de retard et d'abandons soient assurées.                                   | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Tout le personnel qualifié offre toute la gamme des méthodes contraceptives                                                                                     | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 4 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                          |                          |           |
|          | 1. La permanence pour l'offre du service de PF soit assurée tous les jours                                                                                         | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. La prise en charge des IST soit intégrée dans le service de PF (recherche active des cas d'IST, PEC complète pour les cas dépistés)                             | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. La documentation des effets secondaires et des causes d'abandons soit assurée en vue des actions conséquentes                                                   | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 5 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité. Décrivez ces mesures :</b>          |                          |           |
|          |                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> |           |

**Concours Qualité/ 3<sup>ème</sup> édition\_ GRILLE D'AUTO-EVALUATION /THEMATIQUE « VSBG »**

**Axe 1 : L'accès de la population à l'information fiable en matière de VSBG est assuré**

| Niveaux  | Indicateurs                                                                                                                                                                                                                                        | AE1                      | Arguments |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Niveau 1 | <b>Au moins un indicateur du niveau 2 est manquant ou incomplet</b>                                                                                                                                                                                |                          |           |
| Niveau 2 | <b>L'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                                                                                                                                                       |                          |           |
|          | 1. Tout le personnel du CDS, en fonction de son rôle, connait les différentes formes de VSBG, les causes profondes, les conséquences, les facteurs favorisants et la PEC des VSBG                                                                  | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Les clients/usagers du CDS soient informés sur les différentes formes de VSBG, les causes profondes, les conséquences, les facteurs favorisants et la PEC des VSBG                                                                              | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les acteurs communautaires soient informés sur les différentes formes de VSBG, les causes profondes, les conséquences, les facteurs favorisants et la PEC des VSBG                                                                              | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 3 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                                                                                                          |                          |           |
|          | 1. Les supports éducatifs sur les VSBG soient disponibles et utilisés lors des séances IEC                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. La population (niveau communautaire) soit informée sur les différentes formes de VSBG, les causes profondes, les conséquences, les facteurs favorisants et la PEC des VSBG                                                                      | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les jeunes et les adolescents soient informés sur les différentes formes de VSBG, les causes profondes, les conséquences, les facteurs favorisants et la PEC des VSBG                                                                           | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 4 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b>                                                                                                                                                          |                          |           |
|          | 1. Les mécanismes de collaboration avec les acteurs/leaders communautaires pour la prévention et la PEC des VSBG soient établis                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Les groupes ayant des besoins spécifiques (Batwa, personnes vivant avec handicap, les domestiques etc.) soient informés sur les différentes formes de VSBG, les causes profondes, les conséquences, les facteurs favorisants et la PEC des VSBG | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Des mécanismes de recueil des doléances et de rétro information (actions entreprises) à la communauté soient établis                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 5 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité. Décrivez ces mesures :</b>                                                                                          |                          |           |
|          |                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> |           |

## Axe 2 : L'offre des services de qualité en matière de VSBG est garantie

| Niveau   | Indicateurs                                                                                                                                                                                                                                                                | AE1 | Arguments |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|
| Niveau 1 | <b>Au moins un indicateur du niveau 2 est manquant ou incomplet</b>                                                                                                                                                                                                        |     |           |
| Niveau 2 | <b>L'équipe prend des mesures pour que :</b><br>1. Le circuit et l'espace d'accueil permettent la réduction du temps d'attente et assurent la confidentialité, la sécurité visuelle et auditive des victimes de VSBG<br><input type="checkbox"/>                           |     |           |
|          | 2. La disponibilité des Kits requis au niveau CDS pour la PEC des victimes de VSBG soit assurée<br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                |     |           |
|          | 3. L'orientation des victimes de VSBG vers d'autres structures compétentes selon les besoins soit assurée<br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                      |     |           |
| Niveau 3 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b><br>1. Tout le personnel du CDS, en fonction de son rôle, soit compétent pour faciliter l'écoute et l'orientation des victimes de VSBG au sein du CDS<br><input type="checkbox"/> |     |           |
|          | 2. Les prestataires fassent l'identification active , l'écoute et le soutien des victimes en toute confidentialité dans les services du CDS<br><input type="checkbox"/>                                                                                                    |     |           |
|          | 3. Les prestataires fournissent un traitement médical adéquat aux victimes de VSBG en respectant les protocoles en vigueur<br><input type="checkbox"/>                                                                                                                     |     |           |
| Niveau 4 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</b><br>1. La tenue et la complétude des dossiers individuels des victimes de VSBG se fassent en toute confidentialité<br><input type="checkbox"/>                                    |     |           |
|          | 2. Des mécanismes de notification des cas de VSBG, de complétude des outils de collecte et d'exploitation des données soient mis en place<br><input type="checkbox"/>                                                                                                      |     |           |
|          | 3. Les résultats issus de l'analyse des données soient pris en compte dans le réajustement et la mise en œuvre des mesures d'amélioration<br><input type="checkbox"/>                                                                                                      |     |           |
| Niveau 5 | <b>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité. Décrivez ces mesures :</b><br><input type="checkbox"/>                                                                                      |     |           |



## **III-2 Grilles AE en kirundi**

## Ihangiro rya 1 : Isuku n'ugutondeka neza ibintu mw'ivuriro biratunganywa

**Hambavu y'ivyo mwaranguye kurugero rwa kane, hari utwigoro tudasanze twakozwe.**  
**Tuvuge mwongere musigure :**



CQ3\_ URUTONDE RW'IBITEGEKANIJWE MU GUFASHA KWIGENZURA KU VYEREKEYE IGISATA CO KURONDOKA KU RUGERO  
Ihangiro rya 1 : Abitura ivuriro bararonswa inyigisho zirashe muvyekeye kurondoka ku rugero

| Urugero       | Ibifatirwako                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | AE1                                                                                                         | Insiguro zifashe |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Urugero nwa 1 | Habuze na kimwe mu bifatirwako ku rugero rwa 2 canke kidakwiye ibisabwa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                             |                  |
| Urugero nwa 2 | <b>Abakozi barafata ingingo kugirango :</b><br>1. Umukozi wese agire ubumenyi bukenewe mubijanye no guhimizira no guteza imbere uburyo bwokurondoka ku rugero bukoreshwa kw'ivuriro.<br>2. Ibiyago vyo mu murwi. bifasha kwijukira gukoresha uburyo bwo kurondoka ku rugero, bibera mu mavuriro no mu mitumba, bikonwe nimiburiburi rimwe mu kwezi<br>3. Abitura igisata c'irondoka boroherewe mu kwakirwa neza, mu mwanya ubereye kandi mw'ibanga                                                                                                                                                                                                                                  | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> |                  |
| Urugero nwa 3 | <b>Hambavu y'ivyaranguwe ku rugero rwa kabiri, abakozi barafata ingingo kugirango :</b><br>1. Hashigwaho uburyo bwo kwegeranya ivyipfuzo n'ibihuha mu karere k'ivuriro kugirango vyihwewe vyongere bitorerwe inyishu zibereye<br>2. Impanuro zijanye n'indwara zifatira mu bihamba vy'irondoka zitangwe mu biganiriro vyerekeye irondoka bikorerwa mu bisata bikurikira :<br>gusuzumisha imbanyi, kwisuzumisha inyuma yo kwibaruka, gucandagisha ibibondo, gufasha kuronsa ingaburo ibereye, n'igisata co kwitaho abagenda umugera wa Sida<br>3. Abavuzi basigure neza uburyo bwo kurondoka ku rugero kugirango uwubukeneye ahitemwo ubumubereye bafatiye kukuntu yifuza kurondoka. | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> |                  |
| Urugero nwa 4 | <b>Hambavu y'ivyaranguwe ku rugero rwa gatatu abakozi barafata ingingo kugirango :</b><br>1. Ibiyago vyo mu murwi bihabwe abantu bamwe bamwe badakunda gushikirwa (abagabo, abagenda ubumuga, abatwa.)<br>2. Ivyipfuzo vy'abitura ivuriro bifatirwako mu bikorwa vyo guteza imbere amagara yabo.<br>3. Ibiyago vyo mu murwi bishimikire kugutuzza no kurwanya ibihuha biri mu karere k'ivuriro hatibagiwe n'iyindi myitwarariko yabo mubijanye n'irondoka.                                                                                                                                                                                                                          | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> |                  |
| Urugero nwa 5 | <b>Hambavu y'ivyo mwaranguye ku rugero rwa kane, hari utwigoro tudasanzwe twakozwe. Tuvuye mwongere mufigure :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div><input type="checkbox"/></div>                                                                         |                  |



CQ3\_ URUTONDE RW'IBITEGEKANIJWE MU GUFASHA KWIGENZURA KU VYEREKEYE « IRONDOKA RIJANANYE N'AMAGARA MEZA K'UMIYABAGA N'URWARUKA »

Ihangiro rya 1 : Imiyabaga n'urwaruka bararonswa inyigisho zibereye n'ibindi bakenera

| Urugero       | Ibifatirwako                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AE1                                                                                                         | Insiguro zifashe |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Urugero nwa 1 | Habuze na kimwe mu bifatirwako ku rugero rwa 2 canke kidakwije ibisabwa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |                  |
| Urugero nwa 2 | <p><b>Aba kozi barafata ingingo kugirango :</b></p> <p>1. Indinganizo y'umwanya yorohereze imiyabaga n'urwaruka</p> <p>2. Ibijanye n'urwaruka n'imiyabaga bitura ivururiro bigume mw'ibanga</p> <p>3. Urwaruka n'imiyabaga bagire uruhara mw'itunganywa ry'ibiganiro vyerekeye imbanyi zitifuje, inkurikizi z'ugukorora imbanyi, indwara zifatira mu bihimba vy'irondoka, umugera wa SIDA no gufatwa ku nguvu</p>                                                                                                                                                                                                         | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> |                  |
| Urugero nwa 3 | <p><b>Hambavu y'ivyaranguwe kurugero rwa kabiri, abakozi barafata ingingo kugirango :</b></p> <p>1. Imiyabaga n'urwaruka bagire uruhara mw'itunganywa ry'imigambi ifatiye ku vyo bakeneye, mw'ishirwa mu ngiro ryavyo, no mw'isuzuma ry'ibikorwa vyakozwe</p> <p>2. Urwaruka wakirwe mu rupfasoni, mw'ibanga atakuvangura kandi mu mwanya ubereye</p> <p>3. Ibivago vyo mu murwi bigenewe imiyabaga n'urwaruka bifatire ku karanga nderano (abigeme bahabwe ijamba, inyigisho zidandukanye ku bahungu n'abigeme iyo bikenewe) no kudakumira imirwi idakunda gushikirwa (abagendana ubumuga n'iyindi mirwi ititaweho).</p> | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> |                  |
| Urugero nwa 4 | <p><b>Hambavu y'ivyaranguwe kurugero rwa gatatu abakozi barafata ingingo kugirango :</b></p> <p>1. Hategurwe ibibanza bikwega urwaruka n'imiyabaga, bongere baronswe ivyo bakeneye mu bwisanzure no mw'ibanga.</p> <p>2. Umukozi wese, ufatiye ku co ajejwe abe afise ubumenyi bukiye kugira atezimbere uburenganzira bw'imiyabaga n'urwaruka</p> <p>3. Ibikorwa vyo guhimiriza abavyeyi n'abarezi kugirango batezimbere irondoka rijanye n'amagara meza mu rwaruka n'imiyabaga birangurwe n'imiburiburi rimwe mu mezi atatu</p>                                                                                          | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> |                  |
| Urugero nwa 5 | <p><b>Hambavu y'ivyo mwaranguye kurugero rwa kane, hari utwigoro tudasanze twakozwe. Tuvuge mwongere musigure :</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div><input type="checkbox"/></div>                                                                         |                  |





**Ihangiro rya 2 : Gushiraho no kuronsa abitura ivuriro ibijanye no gusuzumisha imbanyu bibereye**

| Urugero       | Ibifatiwako                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | AE1                                                                                                                              | Insiguro zifashe |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Urugero rwa 1 | <b>Habuze na kimwe mu bifatiwako ku rugero rwa 2 canke kidakwiye ibisabwa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                  |
| Urugero rwa 2 | <b>Abakozi barafata ingingo kugirango :</b><br>1. Abavuzi bagire ubushobozi n'ubumenyi bwo gutanga ibikenewe vyose igihe cose co gusuzumisha imbanyu tutibagiye no kuvura indwara n'izindi nkurikizi hamwe n'indwara zifatira muhimbamba vy'irondoka no gukingira umwana umugera wa SIDA<br>2. Agatabu k'umuyeyi n'ikibondo n'ibindi bikoresheho vyo kwegeranya ibihaturu mbarankuru bifatwe kandi vyuzuzwe neza<br>3. Aho bakirira abaje gusuzumisha imbanyu hatunganiwe neza habeho (amazi meza n'isabuni, kandi habona neza) | <input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/> |                  |
| Urugero rwa 3 | <b>Hambavu y'ivyaranguwe ku rugero rwa kabiri, abakozi barafata ingingo kugirango:</b><br>1. Gusuzuma imbanyu bikorwe nimuburuburi iminsi itanu ku ndwi<br>2. Hashinweho indinganizo yo gukwirikirana no gusubiza ku kirangaminsi abakonyezizi bibungenze<br>3. Abavuzi bose bagire ubushobozi n'ubumenyi bukiye bwo gusuzuma neza uwibungenze mw'ibanga ntangere                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/> |                  |
| Urugero rwa 4 | <b>Hambavu y'ivyaranguwe ku rugero rwa gatanu abakozi barafata ingingo kugirango :</b><br>1. Hamweho ibikoresheho n'imiti bukiye mu gisata co gusuzuma imbanyu kandi bikoreshe neza<br>2. Imirwi y'abatitaweho bukiye igire amahirwe yokwakiwa mw'ibanga ntangere<br>3. Abavuzi bararonderane ishaka mu bisata vy'ivuriro abibungenze mu ntumbero yo gutezimbere gusuzumisha imbanyu hakiri kare                                                                                                                                | <input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/> |                  |
| Urugero rwa 5 | <b>Hambavu y'ivyo mwaranguye ku rugero rwa kane, hari utwigoro tudasanze twakozwe. Tuvuye mwongere musigure :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                         |                  |

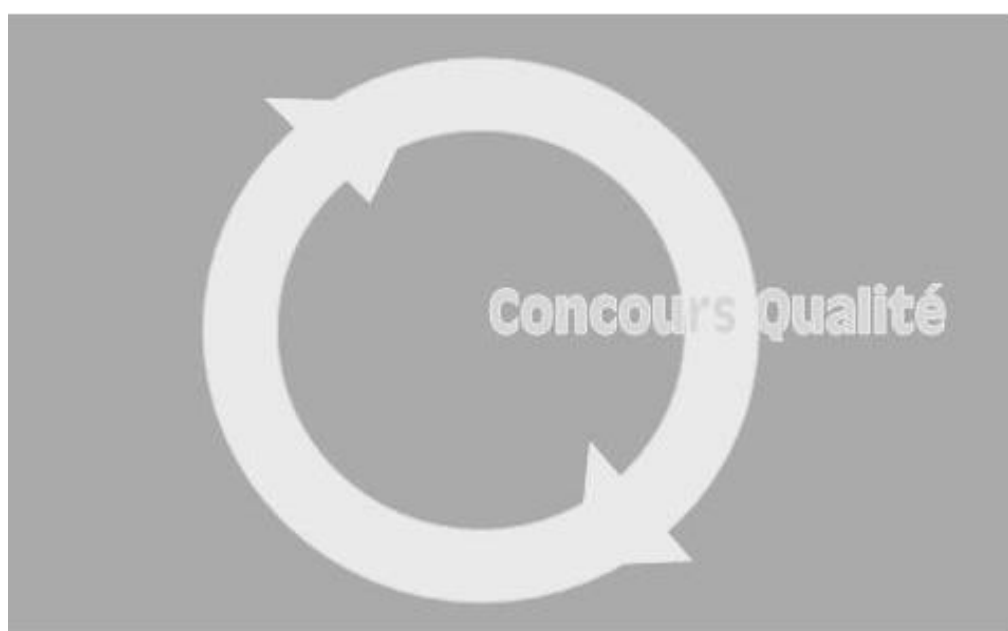


ihangiro rya 2 : Gufasha bishimishije abitura ivuriro mu vyerekeye ikubagurwa rifatiye ku karanga nderano n’imero ndemanwa

| Urugero       | ibifatirwako                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AE1                                                                                      | Insiguro zifashe |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Urugero rwa 1 | <b>Habuze na kimwe mu bifatirwako ku rugero rwa 2 canke kidakwije ibisabwa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |                  |
| Urugero rwa 2 | <b>Abakozi barafata ingingo kugirango :</b><br>1. Uwituye ivuriro yakubaguye yakirwe adateye,yumvirizwe yongere atunganirizwe mw'ibanga ntangere kandi atekaniwe<br>2. Ibikoresho imiti n'ibindi vya nkenerwa ku bakubaguye ntiwigere bibura mw'ivuriro kandi bibe bimeze neza.<br>3. Abakubaguye bafashwe mu kubarangira ahandi bashobora kwitura bivanye n'ivyo bakeneye                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> |                  |
| Urugero rwa 3 | <b>Hambavu y'ivyaranguwe ku rugero rwa kabiri, abakozi barafata ingingo kugirango:</b><br>1. Umukozi wese w'ivuriro mu vyo ajejwe agire ubumenyi n'ubushobozi bikenewe mubijanye no kwumviriza neza hamwe no kurangira uwakubaguye igisata yotumbera.<br>2. Mu bisata vyose vy'ivuriro bitwarankye kurondera mu bituye ivuriro ibimenyetso vy'uwakubaguye ,bamwumvirize bongere bamushigikire mw'ibanga ntangere.<br>3. Abakubaguye bavurwe neza hisunzwe indinganizo itegekanywa n'ubushikiranganji bw'amagara y'abantu. | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> |                  |
| Urugero rwa 4 | <b>Hambavu y'ivyaranguwe ku rugero rwa gatatu abakozi barafata ingingo kugirango :</b><br>1. Amadosiye y'abakubaguye yuzuzwe neza yongere ashingurwe neza mw'ibanga ntangere.<br>2. Hashinweho indinganizo zo gutororokanya no kwandika ibitigiri vy'abakubaguye mu bitabo vyabigenewe kugirango bifashe mw'isesangura mubijanye n'ikubagurwa.<br>3. Ivyavuye mw'isesangura bifatirweko mu gufata no gushira mungiro ingingo zo kurwanya ikubagurwa.                                                                      | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> |                  |
| Urugero rwa 5 | <b>Hambavu y'ivyo mwaranguye ku rugero rwa kane, hari utwigoro tudasanze twakozwe. Tuvuge mwongere musigure :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                 |                  |



## **III-3 Guide CDS autoévaluation**



**Edition 2019-2022**

**GUIDE D'ORIENTATION DES EQUIPES DES  
CENTRES DE SANTE**

**DISTRICTS SANITAIRES DE:**  
**KIBUMBU, FOTA, KIGANDA, MURAMVYA,**  
**GITEGA ET KIBUYE**

## TABLE DES MATIERES

|                                                                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Abréviations.....</b>                                                                                          | <b>3</b>  |
| <b>INTRODUCTION.....</b>                                                                                          | <b>4</b>  |
| <b>DEFINITION DU CONCOURS QUALITE .....</b>                                                                       | <b>5</b>  |
| <b>LES ETAPES DU CONCOURS QUALITE .....</b>                                                                       | <b>6</b>  |
| <b>AUTOEVALUATION.....</b>                                                                                        | <b>7</b>  |
| <b>A.1 Eléments constitutifs d'une grille d'autoévaluation .....</b>                                              | <b>8</b>  |
| <b>A.2 Comment utiliser une grille d'autoévaluation ?.....</b>                                                    | <b>9</b>  |
| <b>A.3 Comment procéder pour apprécier vos niveaux de qualité ?.....</b>                                          | <b>10</b> |
| <b>PLANIFICATION DES MESURES D'AMELIORATION .....</b>                                                             | <b>12</b> |
| <b>B.1 Qu'est –ce qu'un plan d'amélioration de la qualité ?.....</b>                                              | <b>12</b> |
| <b>B.2 Quels sont les éléments du plan d'amelioration de la qualite ?.....</b>                                    | <b>12</b> |
| <b>MISE EN ŒUVRE DES MESURES D'AMELIORATION .....</b>                                                             | <b>15</b> |
| <b>Comment assurer le suivi de la mise en œuvre des mesures d'amélioration ? .....</b>                            | <b>15</b> |
| <b>APPRECIATION DES PROGRES .....</b>                                                                             | <b>16</b> |
| <b>D1. Y a-t-il un danger pour les équipes qui participent et qui ne réussissent pas<br/>complètement ? .....</b> | <b>16</b> |
| <b>D 2. Classement et remise des résultats et des prix .....</b>                                                  | <b>17</b> |
| <b>D 2.1 Les modalités de classement .....</b>                                                                    | <b>17</b> |
| <b>D.2.2 La remise des résultats et des prix .....</b>                                                            | <b>17</b> |

## Abréviations

|       |                                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------|
| AE    | : Autoévaluation                                                |
| AQDS  | : Assistant qualité de District Sanitaire                       |
| BPS   | : Bureau Provincial de la Santé                                 |
| CDS   | : Centre de Santé                                               |
| COSA  | : Comité de Santé                                               |
| CQ    | : Concours Qualité                                              |
| DS    | : District Sanitaire                                            |
| DODS  | : Direction de l'Offre et de la Demande des Soins               |
| ECD   | : Equipe Cadre de District                                      |
| GIZ   | : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, GmbH |
| IST   | : Infection Sexuellement Transmissible                          |
| PEC   | : Prise en charge                                               |
| PF    | : Planification familiale                                       |
| PNSR  | : Programme National de Santé de la Reproduction                |
| SDSR  | : Santé, droits sexuels et reproductifs                         |
| SSR   | : Santé sexuelle et reproductive                                |
| SSRAJ | : Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes      |
| VSBG  | : Violence sexuelle et basée sur le genre                       |

## INTRODUCTION

Le Projet « Renforcement des structures de soins dans le domaine de la planification familiale, santé, droits sexuels et reproductifs (Projet GIZ/SDSR) » s'inscrit dans le cadre de la Coopération germano-burundaise et est exécuté par la GIZ. Ce projet intervient dans 3 provinces sanitaires (Gitega, Muramvya, Mwaro) et dans 6 districts sanitaires (DS) à savoir : DS de Gitega, DS Kibuye (à partir de la 3<sup>ème</sup> phase du projet), DS de Muramvya, DS de Kiganda, DS de Fota et DS de Kibumbu.

Dans le but d'améliorer la qualité des services, le Projet GIZ/SDSR a, en collaboration avec ses partenaires (DODS, PNSR, BPS et DS) introduit une approche intégrée de management de la qualité mettant l'accent sur la maîtrise des processus.

Cette approche a été initiée en 2014 sous forme d'une compétition positive (Concours qualité [CQ]) entre des Centres de Santé volontaires.

Pour la première édition du Concours (2014/2015), les thématiques concernées étaient « Accueil » et « Hygiène » et 62 CDS de la zone d'intervention ont participé volontairement. L'accompagnement des équipes des CDS participants dans le processus de mise en œuvre a impliqué directement les Assistants Qualité du projet pour des raisons liées à l'évaluation scientifique de l'intervention. Les leçons tirées de la 1<sup>ère</sup> édition du concours qualité ont révélé que le principal pilier de l'approche était le coaching des équipes des CDS par l'Assistant qualité. Ainsi pour la 2<sup>ème</sup> édition du CQ, les superviseurs polyvalents des DS ont été ciblés pour jouer ce rôle eu-égard à leur mission principale.

La 2<sup>ème</sup> édition du CQ s'est déroulée de novembre 2016 jusqu'en mars 2018. Elle a porté sur les thématiques spécifiques en rapport avec la santé de la reproduction à savoir : la Planification Familiale (PF), la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SSRAJ) et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Les dimensions « Accueil et hygiène » ont été poursuivies. Pour cette deuxième édition, sur 70 CDS ayant adhéré volontairement, 68 CDS ont poursuivi jusqu'à la fin du cycle.

Tout en observant les mêmes principes et les différentes étapes du cycle d'un concours qualité, la 3<sup>ème</sup> édition sera mise à contribution pour assurer le transfert des compétences en vue de l'autonomie des acteurs clés que sont les ECD et les équipes des CDS. Ainsi, la 3<sup>ème</sup> édition à laquelle 92 CDS ont adhéré volontairement, sera organisée en 2 séquences vis-à-vis des thématiques qui seront développées. Pour la 1<sup>ère</sup> séquence, les thématiques « PF, SSRAJ et Hygiène » seront concernées. Les thématiques Accueil et la prise en charge des IST seront intégrées dans les thématiques PF et SSRAJ. Pour la 2<sup>ème</sup> séquence, seront ajoutées aux thématiques de la 1<sup>ère</sup> séquence, la Prise en charge intégrée des VSBG et une thématique choisie consensuellement par les BPS et les DS de la zone d'intervention.

Pour cette 3<sup>ème</sup> édition du CQ les principes restent les mêmes que pour les 2 éditions précédentes :

- *Avoir confiance en la volonté des travailleurs de la santé de faire un bon travail*
- *Eviter de créer une charge de travail supplémentaire substantielle pour les équipes des CDS => se baser sur l'existant*
- *Promouvoir l'autoévaluation et l'autonomie dans la prise de décisions*
- *Promouvoir le travail en équipe (esprit d'équipe)*
- *Promouvoir l'orientation vers les besoins de la population et la participation de la population*
- *Assurer le coaching de l'équipe du CDS*

Ce document est un guide qui vous (équipe du CDS) aidera à mieux comprendre le fonctionnement de votre centre de santé et à améliorer vos services avec les moyens qui sont à votre portée. C'est le premier pas dans le Concours Qualité.

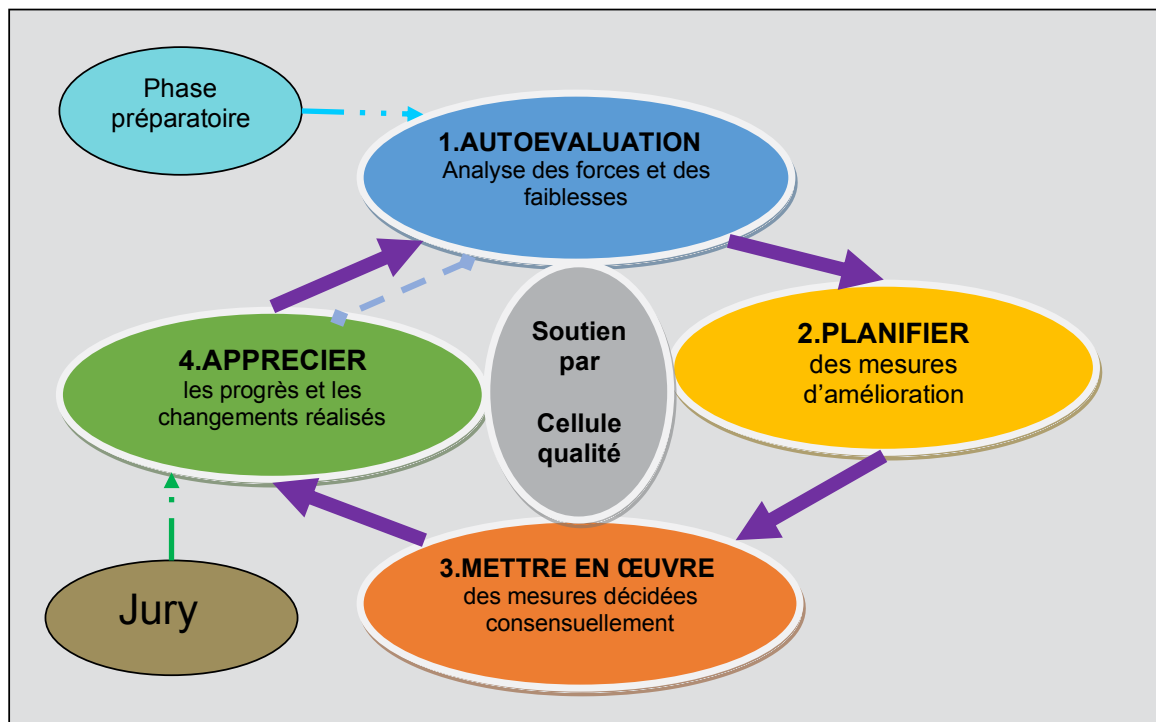
## DEFINITION DU CONCOURS QUALITE

L'approche intégrée de management de la qualité - Concours Qualité (CQ) cherche à améliorer d'une manière continue la qualité des soins et des services de santé.

Focalisée sur **la qualité du processus** à travers une compétition positive et volontaire, le CQ vise à la fois le développement organisationnel et un meilleur fonctionnement de la structure. L'objectif est de partir des ressources et des potentialités de la structure pour obtenir une amélioration rapide et efficiente de sa qualité. Par l'approche CQ, les équipes des CDS apprennent et initient des changements d'une manière participative afin d'améliorer la qualité des services.

## LES ETAPES DU CONCOURS QUALITE

Le cycle du CQ comprend 4 étapes essentielles :



Les étapes essentielles du concours qualité sont : (1) l'autoévaluation, (2) la planification des mesures d'amélioration, (3) la mise en œuvre des mesures d'amélioration et (4) l'appréciation des progrès et des changements réalisés par les équipes des CDS.

Avant de procéder à l'autoévaluation, il y a une phase préparatoire pendant laquelle les équipes des CDS sont informées des thématiques qui feront objet du concours afin d'y adhérer en connaissance de cause. De plus, c'est pendant cette phase que les équipes des CDS ayant adhéré sont préparées au processus à travers des ateliers de renforcement de leurs compétences sur les thématiques, le management de la qualité, les outils d'autoévaluation, de planification et de suivi.

Durant tout le cycle du concours qualité, les équipes des CDS participants sont soutenues par une cellule qualité constituée des membres des ECD avec l'accompagnement du projet à travers les experts qualité.

La description ci-après des différentes étapes permettra aux équipes des CDS de bien comprendre en quoi consiste chaque étape et comment s'y prendre.

## Autoévaluation

L'auto évaluation est l'étape primordiale pour le Concours Qualité et qui marque le démarrage du processus. C'est une démarche qui permet à l'équipe de la structure participante de faire une analyse des forces et faiblesses du fonctionnement de leur structure et de réfléchir sur les mesures adéquates en vue de maintenir les performances et de relever les faiblesses.

- Elle doit se faire **par l'équipe elle-même** et non par quelqu'un de l'extérieur. En effet, personne ne connaît mieux le fonctionnement d'une FOSA que son équipe. C'est, d'ailleurs, la condition pour trouver des mesures d'amélioration adaptées et réalistes.
- Cette démarche d'auto appréciation **doit inclure tous les membres de l'équipe** et dans la mesure du possible les représentants de la communauté comme le COSA afin de :
  - avoir une vue complète sur toutes les dimensions du travail – « personne ne sait tout mais tout le monde sait quelque chose »
  - équilibrer les points de vue « personnels » pour avoir une compréhension moins subjective
  - renforcer l'adhésion de tous au processus – c'est plus facile de participer à un travail d'amélioration si l'on a aussi participé au diagnostic.

### **Souvent, des problèmes identifiés peuvent être résolus par**

- *Une meilleure organisation du travail*
- *Une meilleure répartition des tâches,*
- *Une amélioration du travail en équipe*

L'outil conçu pour faciliter cette démarche est une grille d'autoévaluation dont les détails ci-après.

## A.2 Eléments constitutifs d'une grille d'autoévaluation

La qualité étant un domaine complexe et l'amélioration de la qualité n'ayant pas de fin, il n'est pas possible de tout traiter simultanément. Raison pour laquelle une grille d'autoévaluation a été simplifiée pour garder une démarche légère et motivante. Ainsi pour chaque thématique, une grille est constituée de 2 axes, de 5 niveaux de qualité.

- **Axe** : correspond à un objectif d'amélioration visé en vue de se conformer aux normes. Pour chaque thématique du concours qualité 2 axes prioritaires sont retenus.
- **Indicateur** : Les indicateurs de mesure (des ressources, des processus et des résultats) décrivent les situations (par rapport au niveau de qualité) qui peuvent être retrouvées dans les structures de santé à l'égard de la mise en œuvre des procédures normatives. Ces indicateurs sont de style binaire : ils sont soit présents soit absents.
- **Niveaux de qualité** : permettent d'apprécier le degré de performance pour chaque axe. Ils correspondent à une logique d'amélioration continue, où la qualité est pensée comme un processus qui n'a pas de fin (on peut toujours s'améliorer) mais qui a une logique chronologique. A l'instar d'une échelle, ces niveaux sont donc incrémentiels, c'est-à-dire qu'on ne peut valider un niveau que si on valide le ou les niveaux précédents dans leur ensemble. De façon imagée, on peut dire qu'il s'agit de mettre en avant que « Il ne sert à rien de bien installer un patient si on met en péril sa vie ». La sécurité de tous est donc une étape préalable, un premier échelon de la qualité, avant le confort de tous.

Un niveau de qualité est validé lorsque les 3 indicateurs qui le décrivent sont atteints et, bien sûr, quand les niveaux précédents sont aussi validés.

Chaque axe, prévoit 5 niveaux qui regroupent chacun différents indicateurs sauf pour les niveaux 1 et 5 qui n'ont pas d'indicateurs. Le niveau 1 correspond en effet au niveau de départ, quand il manque encore des indicateurs du niveau 2. Alors que le niveau 5 correspond au niveau extra où tous les indicateurs sont validés et que l'équipe a fait preuve de créativité en ajoutant des changements.

- **AE1** : indique l'autoévaluation concernée. AE1 correspond à la première auto-évaluation
- **Arguments** : il s'agit de décrire de façon synthétique les procédures entreprises ou en cours qui peuvent justifier pourquoi l'indicateur est validé.

Le tableau ci-dessous illustre les éléments constitutifs qui sont ensuite décrits après le tableau.

| <b>Axe :</b>   |                                                                                                                                                                  |                          |                  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|
| <b>Niveaux</b> | <b>Indicateurs</b>                                                                                                                                               | <b>AE1</b>               | <b>Arguments</b> |
| Niveau 1       | <b><i>Au moins un indicateur du niveau 2 est manquant ou incomplet</i></b>                                                                                       |                          |                  |
| Niveau 2       | <b><i>L'équipe prend des mesures pour que :</i></b>                                                                                                              |                          |                  |
|                | 1.                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |                  |
|                | 2.                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |                  |
|                | 3.                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |                  |
| Niveau 3       | <b><i>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</i></b>                                                                 |                          |                  |
|                | 1.                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |                  |
|                | 2.                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |                  |
|                | 3.                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |                  |
| Niveau 4       | <b><i>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</i></b>                                                                 |                          |                  |
|                | 1.                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |                  |
|                | 2.                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |                  |
|                | 3.                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |                  |
| Niveau 5       | <b><i>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité. Décrivez ces mesures :</i></b> |                          |                  |
|                |                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |                  |

### A.3 Comment utiliser une grille d'autoévaluation ?

La grille sera utilisée par toute l'équipe du CDS, car **l'auto-évaluation concerne tout le monde**. Les communautés, à travers le COSA, et les partenaires qui interviennent directement dans le fonctionnement du CDS peuvent être invités pour participer.

L'utilisation de la grille est simple. Il suffit de bien lire les explications contenues dans ce guide, de prendre connaissance des éléments de chaque grille d'autoévaluation et de s'assurer que tout le monde a bien compris le sens de ces éléments.

Pour chaque axe, les membres de l'équipe réfléchissent ensuite sur la façon dont ils mettent en œuvre chaque indicateur avec des arguments à l'appui. Sur base des résultats de leur réflexion, l'équipe décide si l'indicateur est validé ou non. Si un indicateur de mesure est validé, la case correspondante au niveau de la colonne « AE » est cochée. Les arguments qui justifient l'atteinte de l'indicateur sont décrits avec vos propres mots, en faisant ressortir l'essentiel d'une manière synthétique et en écrivant de manière lisible.

Veillez noter que l'objectivité, la sincérité avec lesquelles vous répondrez vous permettront d'avancer et d'atteindre vos objectifs d'amélioration. Au contraire, une description trop « idéale » d'une situation ne permet pas de déceler les défis qui se posent et limiteront vos idées et réflexions.

## **A.4 Comment procéder pour apprécier vos niveaux de qualité ?**

Il est très important de discuter sur les arguments avancés pour justifier les indicateurs de mesure en équipe car souvent, les différents membres de l'équipe ont des points de vue différents.

C'est en discutant et en échangeant que vous allez avoir une image vraiment claire de la situation actuelle dans votre CDS. C'est sur cette base que vous pouvez décider des changements éventuels à apporter.

Sachez que c'est dans votre intérêt de donner des réponses objectives qui correspondent à la réalité et non « d'embellir l'image ».

Si les symptômes sont minimisés ou cachés, votre diagnostic ne sera pas juste et votre « thérapie » c'est-à-dire vos activités d'amélioration seront peu efficaces. Rappelez-vous aussi que ce n'est pas votre niveau de départ qui est important mais les progrès que toute l'équipe aura réalisés.

**Ainsi, un niveau de qualité est validé si et seulement si les 3 indicateurs de mesure qui le décrivent sont validés.**

Il peut y avoir plusieurs niveaux de qualité :

- **Niveau 1 = niveau insuffisant** : il reflète un manque d'effort ou un effort insuffisant. Ce niveau ne comporte pas d'indicateurs. Il est coché lorsque 1 ou 2 ou tous les indicateurs du niveau 2 manquent ou sont incomplets.
- **Niveau 2 = niveau élémentaire** : correspond à un minimum requis et se limite à la sécurité du patient et du professionnel. Ce niveau est validé si tous les indicateurs de mesure y relatifs sont complètement accomplis.
- **Niveau 3 = niveau intermédiaire** : représente une situation d'efficacité et attendue pour tous. Ce niveau assure le confort. **Il est validé lorsque le niveau 2 est atteint et que tous** les indicateurs de mesure y relatifs sont complètement accomplis
- **Niveau 4 = niveau élevé** : reflète une situation idéale de confort mais réalisable qui dépasse celui attendu pour tous. Il n'est validé que si les indicateurs y relatifs sont complètement accomplis en plus d'assurer complètement tous les indicateurs des niveaux 2 et 3.

- **Niveau 5 = niveau extra** : traduit des efforts particuliers de l'équipe et méritant une « mention spéciale ». En plus d'assurer complètement tous les indicateurs des niveaux 2, 3 et 4, l'équipe a fait preuve de créativité pour répondre à l'axe d'amélioration. Ce niveau est donc ouvert à la créativité et n'a pas d'indicateurs prédéfinis.

Pour votre autoévaluation, vous aurez à votre disposition 6 exemplaires de grilles pour chaque thématique dont 2 exemplaires en kirundi et 4 exemplaires en français. Deux exemplaires en français resteront dans votre structure pour vous aider à affiner votre plan d'amélioration et 2 exemplaires en français bien complétés seront transmis au District sanitaire.

Les grilles d'autoévaluation vont rester avec vous pendant environ un mois, période accordée pour le processus d'autoévaluation. Pendant ce temps vous devez vous retrouver avec toutes les parties prenantes (équipe du CDS, COSA) pour leur remplissage.

Pour bien utiliser le temps prévu pour compléter les grilles et établir le plan d'amélioration, nous vous conseillons d'organiser des réunions dès les premiers jours après la réception de ces grilles. Cela vous permettra d'être sûr de traiter toutes les questions avant la fin du temps prévu.

## **Planification des mesures d'amélioration**

### **B.1 Qu'est –ce qu'un plan d'amélioration de la qualité ?**

C'est un document qui décrit les engagements que prend un CDS envers ses patients/clients, son personnel et sa communauté afin d'améliorer la qualité de ses prestations.

Le plan d'amélioration de la qualité aide à organiser les mesures d'amélioration du CDS, à dresser leur ordre de priorité et à veiller à ce qu'elles concordent avec les objectifs généraux d'amélioration de la qualité du CDS et du système de santé dans son ensemble.

Lors de l'auto-évaluation, vous aurez identifié vos niveaux de qualité par rapport aux différentes thématiques concernées par le concours qualité. Tenant compte des ressources disponibles au sein de votre centre de santé, vous élaborez un plan de travail décrivant les différentes mesures que vous vous engagez à entreprendre pour changer la situation et en fonction des objectifs ciblés. Vous devriez inviter les représentants de la communauté à contribuer au processus d'élaboration du plan d'amélioration pour qu'ils se sentent placés au cœur des priorités.

### **B.2 Quels sont les éléments du plan d'amélioration de la qualité ?**

Le plan d'amélioration comprend des éléments qui vont vous permettre d'avoir une vision claire de votre rendement actuel, du niveau de qualité souhaité, des obstacles ou des causes qui vous empêchent d'être au niveau souhaité et des changements que vous pouvez opérer pour atteindre les objectifs visés.

Le plan ressort également la période (échéance) où vous projetez approximativement l'exécution de la mesure planifiée ainsi que le responsable désigné parmi les membres de l'équipe pour le suivi.

Quand votre équipe aura terminé cette étape d'autoévaluation et de fixation des mesures d'amélioration, vous aurez une première visite de la part de l'AQ-DS (membre de l'ECD) pour vous aider à vérifier l'objectivité de l'autoévaluation et pour vous encourager à prendre des mesures efficaces et réalistes. A la fin de cette visite, un document consensuel qui résume les résultats de l'autoévaluation ainsi que les mesures d'amélioration envisagées sera établi.

Un canevas du plan d'amélioration vous est proposé sous forme d'un tableau. Les consignes de son remplissage sont décrites en bas de ce tableau.

## Canevas du plan de mesures d'amélioration

| Thématique         |                       |                         |                             |                                                     |                                   |                                                 |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------|
| Axe d'amélioration | Niveau actuel par axe | Niveau souhaité par axe | Causes principales retenues | Mesures proposées pour atteindre le niveau souhaité | Echéance (délai de mise en œuvre) | Responsable (pour le suivi de la mise en œuvre) |
|                    |                       |                         |                             |                                                     |                                   |                                                 |
|                    |                       |                         |                             |                                                     |                                   |                                                 |
|                    |                       |                         |                             |                                                     |                                   |                                                 |
|                    |                       |                         |                             |                                                     |                                   |                                                 |

**Thématique** : vous indiquez l'intitulé de la thématique concernée par le CQ (exemple : Hygiène)

**Axes d'amélioration** : vous reprenez l'intitulé de l'axe 1 et de l'axe 2 tels qu'ils figurent sur la grille d'autoévaluation de la thématique concernée

**Niveau de qualité actuel par axe** : c'est le niveau de qualité auquel vous classez votre CDS après avoir analysé les indicateurs de mesure y relatifs à l'étape de l'autoévaluation initiale.

**Niveau souhaité par axe** : c'est le niveau de qualité que vous voulez atteindre en tenant compte des efforts réalistes que vous comptez fournir et de vos ressources disponibles que vous allez utiliser pour y arriver.

**Cause principale retenue** : c'est tout obstacle qui vous empêche de vous classer au niveau de qualité souhaité. C'est ce qu'il faut corriger pour atteindre le niveau souhaité et sur quoi vous vous référez pour établir les mesures d'amélioration. Parfois, il peut s'agir d'un manque de quelque chose (manque d'un « intrant ») mais souvent il s'agira d'une faiblesse d'organisation, d'une demande faible de la part des utilisateurs ou d'un résultat insuffisant. Il s'agira alors de trouver les causes profondes sur lesquelles votre CDS pourrait agir. Il peut s'agir d'une ou de plusieurs causes.

Notez que l'identification des vraies causes du problème est l'étape la plus importante mais aussi la plus difficile. Il n'est pas rare qu'on s'arrête à un problème évident pour proposer une « solution évidente et facile ». Mais si le diagnostic est incomplet, le traitement risque de n'agir que sur les symptômes sans régler la ou les vraies causes. Quand on pousse la réflexion, il n'est pas rare qu'on découvre une raison commune à un ensemble de problèmes.

**Mesures proposées pour atteindre le niveau souhaité** : ce sont les mesures que vous allez prendre pour faire face aux causes profondes retenues et qui vous permettront de corriger les problèmes identifiés afin d'atteindre le niveau souhaité. Ces mesures doivent être réalistes compte tenu des moyens potentiels à votre disposition et de votre détermination à y arriver.

**Echéance (délais de mise en œuvre)** : indique la durée convenue ou la date à laquelle l'activité et ou la tâche pourra être réalisée

**Personne responsable** : c'est la personne, membre de l'équipe du CDS, en charge d'assurer que l'activité/tâche soit réalisée ou de répondre quand l'activité/tâche n'est pas réalisée. Cela ne veut pas dire que c'est la personne même qui doit réaliser l'activité. Selon le cas, elle peut faire réaliser l'activité par une autre personne.

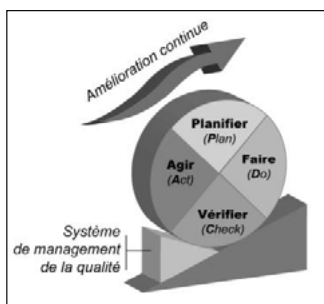
## Mise en œuvre des mesures d'amélioration

Lorsque vous élaborez votre plan de mesures d'amélioration, il est utile de garder en tête que vous allez naturellement l'**exécuter**. Ainsi pour assurer l'exécution de vos mesures d'amélioration, vous allez mettre en place un mécanisme qui va vous permettre d'assurer le suivi. L'outil proposé ci-dessous vous aidera à cette fin et vous permettra de réajuster vos mesures d'amélioration en vue d'atteindre les objectifs d'amélioration que vous vous serez assignés.

### Comment assurer le suivi de la mise en œuvre des mesures d'amélioration ?

Le système de management ou gestion de la qualité repose sur le principe d'amélioration continue, représenté par un cycle d'actions correctives et préventives appelé « Roue de Deming ».

La roue symbolique de Deming est divisée en quatre secteurs représentant chacun une étape de la concrétisation de l'amélioration de la qualité.

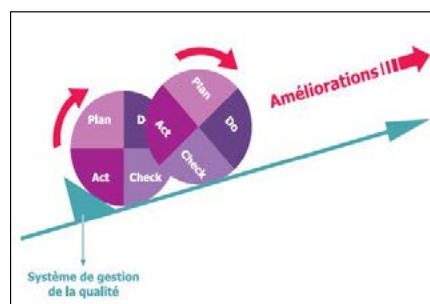


- PLAN (P) : Planifier ce que l'on va réaliser, définir les objectifs, la façon dont ils seront atteints.
- DO (D) : Développer, Mettre en œuvre
- CHECK (C) : Contrôler (vérifier) que les objectifs visés sont atteints. Sinon, mesurer l'écart, comprendre ce qui s'est passé.
- ACT (A) : Améliorer, prendre des mesures correctives pour arriver au résultat et s'assurer que cet acquis demeurera stable

Sous la roue la cale représente le système de gestion de la qualité qui traduit les avancées acquises et qui stabilise le niveau de qualité atteint.

Après un certain temps de mise en œuvre de vos mesures d'amélioration, vous serez amenés à vous interroger si vos activités ont eu des effets (**check**)

Si la réponse est positive, vous pouvez continuer. Si cependant les résultats ne sont pas satisfaisants, vous allez corriger votre planification (**Act**). La roue aura fait alors une rotation - de la planification à l'action, à la vérification et à la correction.



Pendant toute la durée des 2 séquences du concours qui est d'environ 21 mois, vous recevrez des visites régulières de la cellule de qualité composée des AQ-DS (membres des ECD) et des Experts Qualité du projet. Ces visites auront comme objectif de vous encourager et de vous soutenir dans votre démarche d'amélioration de la qualité de vos services.

## **Appréciation des progrès**

A la fin de la première séquence du cycle du CQ (après environ 9 mois) vous évalueriez d'abord vous-mêmes le résultat des mesures entreprises et la qualité actuelle de votre CDS à partir des mêmes grilles d'autoévaluation et de l'état d'avancement des activités figurant dans votre plan d'amélioration. Cet exercice concernera les 3 thématiques (PF, Hygiène et SSRAJ). Vous recevrez de nouveaux formulaires de grilles d'autoévaluation pour ce travail.

Pendant cette 2<sup>ème</sup> autoévaluation vous pouvez solliciter le soutien de l'AQ-DS en charge de votre CDS. En même temps, vous allez procéder à la 1<sup>ère</sup> autoévaluation sur la thématique VSBG et celle d'une thématique de choix par les BPS qui vont être ajoutées pour la 2<sup>ème</sup> séquence du CQ.

A l'issue de cet exercice, des plans d'amélioration pour les thématiques de la 1<sup>ère</sup> séquence qui vont être poursuivies pendant la 2<sup>ème</sup> séquence et ceux de 2 nouvelles thématiques seront établis.

Après tout le cycle du Concours qualité (fin 2<sup>ème</sup> séquence), vous procéderez à une dernière autoévaluation et vous recevrez par la suite la visite du jury du concours. Ce jury discutera avec vous sur votre expérience et essaiera d'apprécier ce qui s'est passé. Il prendra note de ses observations et fera un premier classement provisoire de votre CDS en comparant la situation de départ documentée avec les accomplissements réalisés. Mais c'est en comparant les résultats de tous les CDS que le classement final sera établi.

### **D1. Y a-t-il un danger pour les équipes qui participent et qui ne réussissent pas complètement ?**

NON ! Le CQ vous aide à vous améliorer dans vos activités quotidiennes. Aucune sanction négative n'accompagne le CQ. Tous les membres du CDS adhèrent à l'esprit du CQ et participent activement pour sa réussite.

La participation au concours et l'effort fait par l'équipe pour améliorer le CDS méritent la reconnaissance des supérieurs et du public. Il n'y aura pas de perdants ni de sanctions pour ceux qui ne participent pas.

## **D 2. Classement et remise des résultats et des prix**

### **D 2.1 Les modalités de classement**

A l'issue de la 2<sup>ème</sup> autoévaluation par l'équipe du CDS et le passage du jury, l'étape qui suit est le classement et la remise des résultats et des prix aux participants.

Le classement des CDS se fera par District sanitaire. Au total il y aura 6 classements correspondant aux 6 districts sanitaires.

Le classement se basera sur les éléments suivants :

- Les **résultats des autoévaluations** : progrès réalisés par rapport aux niveaux de qualité et les changements réalisés par rapport aux indicateurs des mesures.
- L'appréciation faite par le **jury** par rapport aux **racines de qualité** à savoir l'intégration de la roue de Deming dans la gestion quotidienne du CDS, la participation communautaire, l'engagement du CDS et le travail en équipe
- La prise en compte du **soutien apporté par l'AQDS** responsable du CDS en termes d'intensité de soutien et la participation de l'équipe du CDS pendant les visites de soutien.

### **D.2.2 La remise des résultats et des prix**

La forme et les participants à l'évènement de remise des résultats et des prix sont décidés consensuellement entre les provinces sanitaires, les districts sanitaires et le projet. L'organisation de cet événement est sous la responsabilité de la province sanitaire et des districts sanitaires avec l'appui technique du projet.

Un sondage sur la nature des prix qui peuvent intéresser les CDS participant est effectué lors des activités de suivi ou des ateliers.

La répartition des prix se fait en toute équité et transparence par district selon le coût global et proportionnellement au nombre de CDS par DS. Les prix sont destinés aux CDS et ont pour objectif d'encourager les équipes des CDS pour les efforts d'amélioration fournis.

La nature des prix peut répondre à un besoin donné du CDS mais n'a aucune prétention à couvrir tous les besoins des CDS. Les prix sont octroyés aux CDS en fonction des performances réalisés au niveau du classement global.

Des certificats d'honneur sont attribués aux CDS qui se classent en 1<sup>ère</sup> position par thématique.



## **III-4 Guide élaboration grille AE**

# Elaborer une grille d'autoévaluation dans le cadre du Concours qualité 3

- Guide pédagogique -

## Introduction

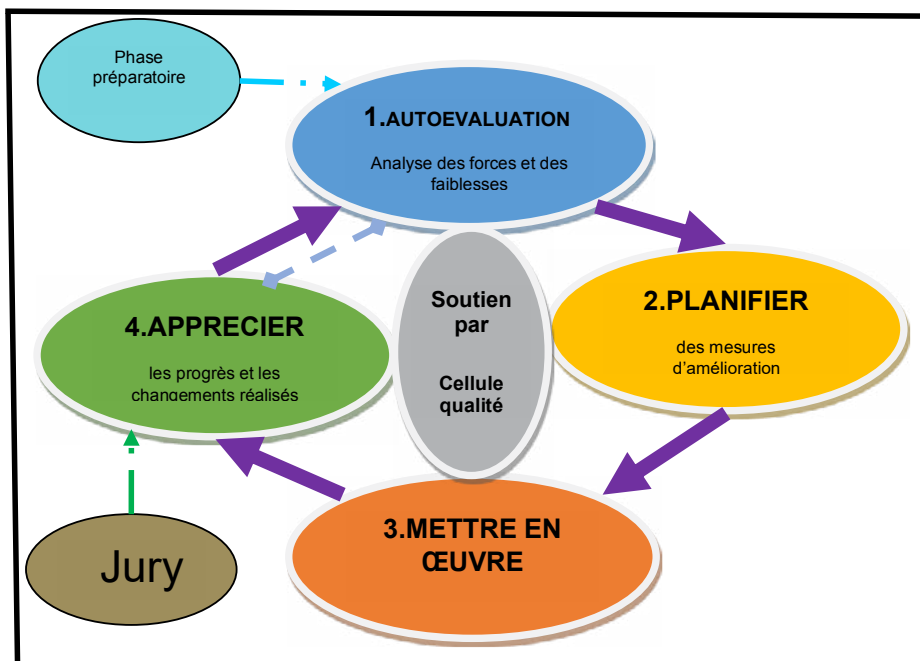
Dans le but d'améliorer la qualité des services, le Projet « Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale, santé et droits sexuels et reproductifs [GIZ/SDSR] » a, en collaboration avec ses partenaires (DAS, PNSR, BPS et DS) introduit l'approche intégrée de management de la qualité dénommée « Concours qualité » mettant l'accent sur la maîtrise des processus. Cette approche a été initiée en 2014 sous forme d'une compétition positive (Concours qualité) entre des Centres de Santé volontaires.

Les leçons tirées de la 1ère édition du concours qualité ont révélé que le principal pilier de l'approche était le coaching des équipes des CDS par l'assistant qualité. Ainsi pour la 2ème édition du CQ, les superviseurs polyvalents des DS ont été ciblés pour jouer ce rôle eu-égard à leur principale mission.

En vue de la consolidation et de l'appropriation de l'approche développée, les partenaires du niveau opérationnel ont été associés à tout le processus de préparation, de mise en œuvre et de suivi du CQ. Ainsi, pendant les différents ateliers d'analyse et de validation, les partenaires ont pris une part active dans l'élaboration du concept, des principes du CQ, et des outils du CQ (guide et grilles d'autoévaluation pour les CDS). De plus les superviseurs polyvalents des DS de la zone d'intervention ont été directement impliqués dans le soutien des équipes des CDS.

Pendant la 3ème phase du projet (juillet 2019-décembre 2022), l'intégration de l'approche sera poursuivie, et un accent particulier sera mis sur le renforcement de l'autonomie des partenaires. Tout en observant les mêmes principes, la 3ème édition sera mise à contribution pour assurer le transfert des compétences en vue de l'autonomie des acteurs clés que sont les ECD et les équipes des CDS.

### Etapes du cycle d'un concours qualité



### Les étapes essentielles du concours qualité sont

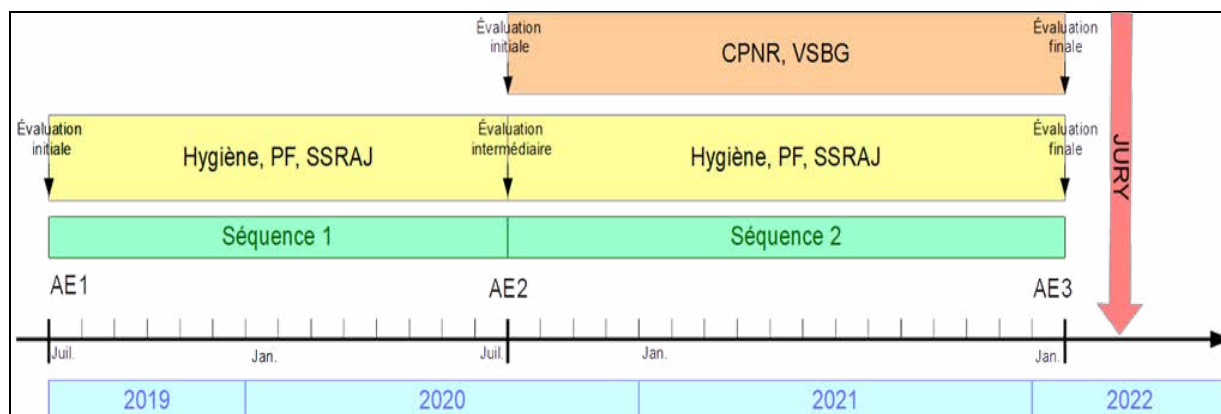
: (1) l'autoévaluation, (2) la planification des mesures d'amélioration, (3) la mise en œuvre des mesures d'amélioration et (4) l'appréciation des progrès et des changements réalisés par les équipes des CDS.

Avant de procéder à l'autoévaluation, il y a une phase préparatoire pendant laquelle les équipes des CDS sont informées des thématiques qui feront objet du concours afin d'y adhérer en connaissance de cause. De plus, c'est pendant cette phase que les équipes des CDS ayant adhéré sont préparées au processus à travers des ateliers de renforcement de leurs compétences sur les thématiques, le management de la qualité, les outils d'autoévaluation, de planification et de suivi.

Durant tout le cycle du concours qualité, les équipes des CDS participants sont soutenues par une cellule qualité constituée des membres des ECD avec l'accompagnement du projet à travers les experts qualité.

### Organisation du CQ3 en séquences

Afin de faciliter ces acquisitions, la 3<sup>ème</sup> édition du CQ sera organisée en 2 séquences vis-à-vis des 5 thématiques qui seront développées.



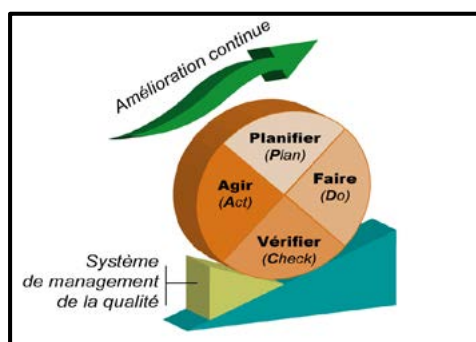
La première séquence permet de renforcer les compétences de tous en travaillant autour des thématiques abordées lors des CQ précédents : PF, SSRAJ et Hygiène. Les aspects de prise en charge des IST et de l'accueil sont incluses dans les thématiques PF et SSRAJ. Cette 1<sup>ère</sup> séquence marquera le début du cycle de la 3<sup>ème</sup> édition du CQ et durera 9 mois. La 2<sup>ème</sup> séquence qui va durer 12 mois couvrira les thématiques de la 1<sup>ère</sup> séquence auxquelles s'ajouteront deux thématiques nouvelles : (1) la prise en charge intégrée des VSBG et (2) une thématique spécifique, choisie par les acteurs des DS et PS.

A l'issue de la 2<sup>ème</sup> séquence, l'appréciation des progrès réalisées clôturera le cycle de cette édition du CQ. Comme pour les autres éditions, elle consistera en une autoévaluation finale par les équipes des CDS pour toutes les thématiques, l'organisation des visites du jury et une remise des résultats.

## Schéma simplifié de planification

Au niveau des CDS, un accent sera mis sur l'intégration du schéma simplifié de planification selon le modèle « Roue de Deming ».

Pour apprécier les processus, l'approche promeut l'intégration dans la gestion quotidienne des FOSA, un **management de la qualité basé sur le schéma simplifié de la roue de Deming avec ces 4 cadrams** :



i. **La planification des mesures d'amélioration** décidées librement par l'équipe sur la base d'une autoévaluation ; réalisables avec les ressources disponibles

ii. **La mise en œuvre des activités planifiées** en vue d'une amélioration continue, efficiente et pérenne des services et focalisée sur la qualité des processus (organisation du travail -rôles professionnels, fonctionnement de la structure, travail d'équipe...).

Des capacités d'analyse et d'opérer des changements sont indispensables à cet effet

iii. **La vérification** dans le but d'établir le lien entre l'état de réalisation des activités **planifiées** et l'atteinte des objectifs ou changements visés.

iv. **L'action** à mener à la suite des leçons tirées en vue de réajuster le plan de mise en œuvre et améliorer la performance pour atteindre les changements ou objectifs visés.

Le transfert des compétences se fera à travers la responsabilisation du programme partenaire du projet (PNSR) et des acteurs du niveau opérationnel (BPS, DS) pour le développement de la 3ème édition du concours qualité notamment en ce qui concerne la conception des outils, la formation et le suivi. C'est dans ce contexte qu'un pool de formateurs sur les approches pédagogiques mobilisées dans le cadre du management de la qualité (concours qualité) a été mis en place. Les outils d'autoévaluation seront construits par les acteurs clés. Le présent guide pédagogique va servir à cet effet.

## Objectifs dans le cadre du CQ3

Les objectifs de ce document et de la démarche générale de production des grilles d'autoévaluation sont de 2 ordres : à la fois opérationnel et pédagogiques.

1. Objectif opérationnel : les grilles d'AE1 et 2 sont construites.  
Dans le cadre du CQ3, 2 grilles d'autoévaluation doivent être construites afin que les équipes des CDS participants puissent auto-évaluer :
  - En séquence 1 : l'hygiène, le planning familial et la SSRAJ
  - En séquence 2 : les VSBG et une thématique supplémentaire qui sera choisi par les provinces en fonction de leurs priorités
2. Objectifs pédagogiques
  - Séquence 1 : Les ECD et assimilés sont capables de coproduire une grille d'AE à partir de l'étape de production des indicateurs et normes manquantes jusqu'à la finalisation.
  - Séquence 2 : Les ECD et assimilés sont capables de produire une grille d'AE de la thématique qu'ils vont choisir.

Ces objectifs pédagogiques répondent à celui plus général de transmission des compétences et d'intégration du CQ dans le système de santé. Il s'agit de rendre autonomes les entités décentralisées (DS et PS) pour la mise en œuvre et le suivi du management de la qualité selon le modèle de la roue de deming.

## Définition des termes

### ➤ **Thématique**

Le CQ3 se concentre sur l'amélioration de la qualité des soins et services au niveau de 5 thématiques :

- En séquence 1 : l'hygiène, le planning familial et la SSRAJ
- En séquence 2 : les VSBG et un axe supplémentaire qui sera choisi par les provinces en fonction de leurs priorités

### ➤ **Axe**

Pour chaque thématique, il n'est pas possible de tout traiter simultanément : la qualité est un domaine complexe et son amélioration n'a pas de fin. Afin de garder une démarche légère et motivante, le nombre d'axe traité est limité à 2 axes par thématiques.

Les axes correspondent aux objectifs d'amélioration visé en vue de se conformer aux normes.

Exemple d'axe pour l'hygiène : la gestion des déchets biomédicaux

### ➤ **Normes et critères**

Un des piliers du CQ est de se baser sur les normes et critères existant. Ces normes peuvent être de niveau national ; par exemple les normes du ministère de la santé ou des entités affiliées (par exemple d'autres ministères ou instituts nationaux) ou des partenaires (par exemple le PBF). A défaut de normes nationales, des normes internationales (OMS, normes de pays voisins...) peuvent servir d'inspiration.

Ces normes et critères n'apparaissent pas en tant que tel dans les grilles d'autoévaluation mais aident à définir les indicateurs.

Exemple de norme pour la GDBM : Le personnel maîtrise et applique les mesures de GDBM et de sécurité décrites dans le document PBF

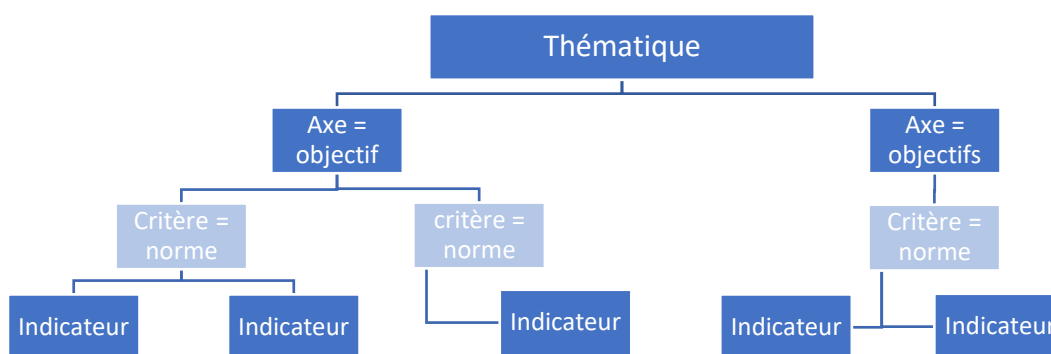


Figure 1: Hiérarchie des termes utilisés

#### ➤ **Indicateur de mesure**

Les indicateurs de mesure (des ressources, des processus et des résultats) décrivent les situations (niveau de qualité) qui peuvent être retrouvées dans les structures de santé à l'égard de la mise en œuvre des procédures normatives. Ces indicateurs sont de style binaire : ils sont soit présent soit absent.

Exemple d'indicateur pour les mesures de GDBM : Le CDS assure l'incinération des déchets contaminés dans un incinérateur fonctionnel.

#### ➤ **Niveau de qualité**

L'originalité du CQ est de promouvoir une vision de la qualité comme un processus à différents paliers. Les niveaux de qualité permettent d'apprécier le degré de performance pour chaque axe. Ils correspondent à une logique d'amélioration continue, où la qualité est pensée comme un processus qui n'a pas de fin (on peut toujours s'améliorer). Ces niveaux sont donc incrémentiels, c'est-à-dire qu'on ne peut valider un niveau que si on valide le ou les niveau.x précédant.s dans leur ensemble. De façon imagé, on peut dire qu'il s'agit de mettre en avant que « Il ne sert à rien de bien installer un patient si on met en péril sa vie ».

Chaque axe, prévoit 5 niveaux qui regroupent chacun différents indicateurs. Chaque niveau correspond à un degré de qualité :

1. **Niveau 1 = niveau insuffisant** : au moins un critère du niveau 2 est manquant ou incomplet. Il n'y a donc pas d'indicateurs à ce niveau.
2. **Niveau 2 = niveau élémentaire** : assure la sécurité du patient et du professionnel et/ou ne demande pas beaucoup de ressources (humaines, matérielles ou financières) et/ou est facile à mettre en place et/ou est la condition d'un critère suivant (lien chronologique).

**A la fin du cycle, on attend que tous les CDS valident tous les indicateurs de niveau 2.**

3. **Niveau 3 = niveau intermédiaire** : Représente une situation d'efficacité et attendue pour tous. En plus d'assurer complètement tous les critères du niveau 2, ce niveau assure le confort et/ou demande des ressources et des efforts modérés et/ou est la suite d'un critère du niveau précédant et/ou la condition d'un critère suivant (lien chronologique).

**A la fin du cycle, on attend qu'une majorité de CDS valident tous les indicateurs de niveau 3.**

4. **Niveau 4 = niveau élevé** : Reflète une situation idéale de confort mais réalisable qui dépasse celui attendu pour tous. En plus d'assurer complètement tous les critères des niveaux 2 et 3, ce niveau assure des critères élevés demandant des ressources et des efforts conséquents et/ou est l'aboutissement des critères précédents (lien chronologique).

**A la fin du cycle, on attend que quelques CDS valident tous les indicateurs de niveau 4.**

5. **Niveau 5 = niveau extra** : traduit des efforts particuliers de l'équipe et méritant une « mention spéciale ». En plus d'assurer complètement tous les critères des niveaux 2, 3 et 4, l'équipe a fait preuve de créativité pour répondre à l'axe d'amélioration. Ce niveau est donc ouvert à la créativité et n'a pas d'indicateurs prédéfinis.

Pour chaque niveau, dans l'esprit de garder un nombre limité d'indicateurs, **un maximum de 3 indicateurs seront choisi pour les niveaux 2, 3 et 4.** Notez que le niveau 1 et le niveau 5 n'ont pas d'indicateur prédéfini (le niveau 1 parce qu'il correspond au fait que le niveau 2 n'est pas complètement atteint et le niveau 5 parce qu'il correspond à un niveau de créativité où les équipes sont invitées à réfléchir par elles-mêmes à des améliorations). Au total, les grilles d'autoévaluation finales comprendront donc :

- 5 thématiques.
- 2 axes par thématiques, soit 10 axes en tout.
- 5 niveaux par axes, soit 50 niveaux. La progression dans ces niveaux est un aspect important pour le classement final des CDS.
- 3 indicateurs maximum pour les niveaux 2, 3 et 4 des 10 axes, soit  $3 \times 3 \times 10 = 90$  indicateurs au total (9 par axes soit 18 par thématique).

## Etapes d'élaboration de grilles

Elaborer une grille d'autoévaluation peut être décliné en 7 étapes :

- 1- Identification des défis à relever sur le terrain (défis concrets, observés, qui posent problème) et des objectifs d'amélioration
- 2- Choix des thématiques et des axes prioritaires
- 3- Revue documentaire des normes, standards et référentiels existants : identification des normes attendues (= critères) et des indicateurs correspondants à ces normes

- 3bis : Si besoin, production des indicateurs et normes « manquants » (brainstorming d'experts).
- 4- Sélection des normes et indicateurs pertinents selon les axes prioritaires identifiés, éventuellement, reformulation des axes.
  - 5- Formulation exacte et sélection finale des indicateurs (regrouper, scinder, détailler, reformuler... les indicateurs).
  - 6- Classement des indicateurs par niveau : basé sur les caractéristiques des niveaux mais aussi sur les discussions entre experts. Se poser les questions : qu'est ce qui est réellement fait sur le terrain ? Est-ce que c'est un élément retrouvé de façon fréquente ou qui ne se fait pas habituellement ? Est-ce qu'on a pour objectif qu'à la fin du cycle tous les CDS aient cet élément (niveau 2) ? Y a-t-il une étape précédente ou suivante qu'il faut intégrer ?  
Retour sur l'étape 5 : reformulation finale après classement par niveau.
  - 7- Test des grilles et adaptation (clarté, ...)

## Objectifs et méthodes pédagogiques pour la construction des grilles

### Stratégie pédagogique pour la séquence 1 et les VSBG

Pour la séquence 1, les entités décentralisées (DS et PS) seront amenées à co-construire les grilles d'autoévaluation avec l'équipe du champ d'action qualité de la GIZ. L'implication et le renforcement des compétences des équipes de DS et de PS se fera progressivement au fur et à mesure de 4ères thématiques :

- 1- Le PF : une grille préparée par l'équipe GIZ sera présentée et discutée. Cette grille est donnée à titre d'exemple. Les DS et PS seront impliqués dans la dernière étape : choix final et la reformulation des indicateurs
- 2- SSRAJ : Les axes ont été préparé par l'équipe GIZ qui a aussi réalisé un atelier de production d'indicateur avec un panel d'expert. Les DS et PS seront amenés à compléter les indicateurs préalablement identifiés et surtout classer par niveau (étape 6) et à les reformuler (retour sur l'étape 5).
- 3- Hygiène : Les équipes DS et PS seront amenés à construire la grille en partant d'une revue de littérature (étape 3) de documents présélectionnés par l'équipe GIZ
- 4- VSBG : même si cette thématique ne sera évaluée qu'en 2020, les grilles seront construites dès 2019. A ce stade, les DS et PS seront amenés à construire les grilles de façon quasi-autonome même si l'équipe GIZ restera en soutien, en particulier pour ce qui est de la littérature.

### Objectifs pédagogiques pour la séquence 1

- 1- Etre capable de sélectionner des axes et des normes
- 2- Etre capable de produire et de formuler des indicateurs pertinents
- 3- Etre capable de catégoriser les indicateurs par niveaux
- 4- Etre capable de prioriser les indicateurs afin d'en limiter le nombre

## Planning de l'atelier en séquence 1

| Séquence | Objectif                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Durée | Jour              |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|
| 1        | Présentation du CQ et de la forme retenue pour la grille AE (discussion et validation du format)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3h    | J1                |
| 2        | Brainstorming des défis dans chaque thématique afin de valider les choix d'axes et de normes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3h    |                   |
| 3        | Présentation des grilles de PF préparées : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Justification et validation collective des axes et niveaux choisis (grille PF prise comme exemple pour présenter les arguments permettant de choisir un niveau)</li> <li>- <b>Priorisation, choix final et reformulation des indicateurs</b></li> </ul>                                                                                                                                                   | 6h    | J2                |
| 4        | SSRAJ : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation et validation des axes et normes retenus (cf doc référence produit avec le groupe expert)</li> <li>- <b>Brainstorming pour production d'indicateurs</b> (brainstorming court, qui ne va pas forcément en profondeur)</li> <li>- Présentation des indicateurs retenus par ailleurs</li> <li>- <b>Catégorisation par niveaux des indicateurs</b></li> <li>- Priorisation, choix final et reformulation des indicateurs</li> </ul> | 12h   | J3-<br>J4         |
| 5        | Hygiène : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation et validation des axes et normes retenus</li> <li>- <b>Revue documentaire « légère »</b> (documents préparés) des indicateurs retenus par ailleurs</li> <li>- <b>Brainstorming TG /pour production d'indicateurs (TG pour aller en profondeur dans les indicateurs)</b></li> <li>- Catégorisation par niveaux des indicateurs</li> <li>- Priorisation, choix final et reformulation des indicateurs</li> </ul>                | 18h   | J5 -<br>J6-<br>J7 |
| 6        | VSBG <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Brainstorming pour production d'indicateurs et de normes</b></li> <li>- Présentation/ complément avec des indicateurs et normes retenus par ailleurs</li> <li>- <b>Choix des axes et normes</b></li> <li>- Catégorisation par niveaux des indicateurs</li> <li>- Priorisation, choix final et reformulation des indicateurs</li> </ul>                                                                                                       | 18h   | J8-<br>J9-<br>J10 |
| 7        | Synthèse et révision finale ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ?     | J11               |

**En gras, les compétences nouvelles**

## Stratégie pédagogique pour la séquence 2

En séquence 2, en plus des VSBG, une 5<sup>ème</sup> thématique choisie par les PS sera ajoutée.

Pour cela, 2 ateliers entrecoupés d'une période de préparation, sont à prévoir :

- Atelier 1 : choix de la thématique pour chaque PS en fonction des besoins et des priorités identifiées dans la province.
- Période de préparation et de revue documentaire (aussi par les ECD/ECP)
- Atelier 2 : rappel/validation grille VSBG (ou production VSBG si cela n'a pas été fait en séquence 1) + production de la grille spécifique.

## Modèle de grille

### Concours Qualité/ 3<sup>ème</sup> édition\_ GRILLE D'AUTO-EVALUATION /THEMATIQUE « PLANIFICATION FAMILIALE »

#### Axe 1 : L'accès de la population à l'information fiable est assuré

| Niveaux  | Indicateurs                                                                                                                                                                                            | AE1                      | Arguments |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Niveau 1 | <b><i>Au moins un indicateur du niveau 2 est manquant ou incomplet</i></b>                                                                                                                             |                          |           |
| Niveau 2 | <b><i>L'équipe prend des mesures pour que :</i></b>                                                                                                                                                    |                          |           |
|          | 1. Tout le personnel ait les connaissances minimales pour promouvoir les méthodes contraceptives (méthodes disponibles et public cible)                                                                | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Les séances de counseling collectif (CDS/communauté) visant l'adhésion aux méthodes contraceptives soient réalisées au moins une fois le mois                                                       | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les conditions d'attentes et de confidentialité des clients/clientes soient assurées dans les salles de PF                                                                                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 3 | <b><i>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</i></b>                                                                                                       |                          |           |
|          | 1. Un mécanisme de recueil des doléances et des rumeurs spécifiques dans l'aire d'attraction soit mis en place afin d'analyser les besoins en informations pour dissiper ces rumeurs                   | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Les conseils sur les IST soient intégrés dans les échanges sur la PF dans les services de vaccination, curatifs, CPoN, CPN, Nutrition, Maternité (post partum), service de PEC des PVVIH            | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les prestataires orientent le client/la cliente pour un choix éclairé des méthodes contraceptives en tenant compte de sa vie reproductive (perspectives, sexualité)                                 | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 4 | <b><i>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</i></b>                                                                                                       |                          |           |
|          | 1. Les séances de counseling collectif s'adressent aux groupes spécifiques (Hommes, personnes vivant avec le handicap, Batwa...)                                                                       | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. Les doléances de la communauté soient prises en compte dans les actions d'amélioration                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Les séances de counseling collectif abordent la dissipation des rumeurs spécifiques à l'aire d'attraction (attitude, comportement, contexte etc.) et les autres préoccupations des clients/clientes | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 5 | <b><i>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité.</i></b><br><b>Décrivez ces mesures :</b>                             |                          |           |
|          |                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |           |

## Axe 2 : La qualité de l'offre du service de planification familiale est assurée

| Niveau   | Indicateurs                                                                                                                                                        | AE1                      | Arguments |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Niveau 1 | <b><i>Au moins un indicateur du niveau 2 est manquant ou incomplet</i></b>                                                                                         |                          |           |
| Niveau 2 | <b><i>L'équipe prend des mesures pour que :</i></b>                                                                                                                |                          |           |
|          | 1. Les outils de collecte et de rapportage des données PF/IST soient au complet, bien tenus et bien remplis dans les délais exigés.                                | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. La sécurisation physique des actes soit assurée (pour les patients et les agents de santé)                                                                      | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. La gamme complète des méthodes contraceptives, les consommables, le matériel et l'équipement soient disponibles et en bon état                                  | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 3 | <b><i>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</i></b>                                                                   |                          |           |
|          | 1. Le suivi de la progression en termes de résultats (nombre de nouvelles adhésions, Couple année protection, réduction des abandons) soit assuré et rendu visible | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. La prise en charge correcte des effets secondaires et l'analyse régulière des causes de retard et d'abandons soient assurées.                                   | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. Tout le personnel qualifié offre toute la gamme des méthodes contraceptives                                                                                     | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 4 | <b><i>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe prend des mesures pour que :</i></b>                                                                   |                          |           |
|          | 1. La permanence pour l'offre du service de PF soit assurée tous les jours                                                                                         | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 2. La prise en charge des IST soit intégrée dans le service de PF (recherche active des cas d'IST, PEC complète pour les cas dépistés)                             | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 3. La documentation des effets secondaires et des causes d'abandons soit assurée en vue des actions conséquentes                                                   | <input type="checkbox"/> |           |
| Niveau 5 | <b><i>En plus des indicateurs du niveau précédent, l'équipe a mis en place des mesures originales et a fait preuve de créativité.</i></b>                          |                          |           |
|          | <b>Décrivez ces mesures :</b>                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |           |



## **IV-1 Guide gestion RH au DS**

# MANAGEMENT ORGANISATIONNEL DES BUREAUX DE DISTRICTS SANITAIRES

Guide d'orientation pour la  
planification et la gestion  
des ressources humaines

**Rédigé par Dr Zacharie Ndizeye  
expert en Management  
organisationnel**

## Contenu

|                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>                                                                               | <b>3</b>  |
| <b>LISTE DES GRAPHIQUES .....</b>                                                                             | <b>4</b>  |
| <b>SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>                                                                           | <b>5</b>  |
| <b>REMERCIEMENTS .....</b>                                                                                    | <b>6</b>  |
| <b>1. INTRODUCTION .....</b>                                                                                  | <b>7</b>  |
| <b>2. PORTEE DU GUIDE D'ORIENTATION .....</b>                                                                 | <b>8</b>  |
| <b>3. LES DEFIS LIES A LA PLANIFICATION ET A SA MISE EN ŒUVRE .....</b>                                       | <b>9</b>  |
| UN MODELE DE PRIORISATION DES ACTIVITES .....                                                                 | 12        |
| <b>4. LES DEFIS LIES A LA SUPERVISION ET A LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DU DISTRICT SANITAIRE .....</b> | <b>14</b> |
| 4.1 LA SUPERVISION .....                                                                                      | 14        |
| 4.2 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES .....                                                                  | 16        |
| <b>5. ANNEXE : LE MODELE DU DEFI ET COMMENT L'UTILISER .....</b>                                              | <b>18</b> |

## Liste des tableaux

---

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1: Les défis liés à la planification au niveau des BDS et l'attitude à prendre face à ces défis ..... | 10 |
| Tableau 2: Les défis liés à la mise en œuvre des plans d'action des BDS .....                                 | 11 |
| Tableau 3: Matrice des actions importantes et urgentes.....                                                   | 12 |
| Tableau 4: Les défis liés à la supervision.....                                                               | 15 |
| Tableau 5: Les défis liés à la gestion des ressources humaines du district sanitaire .....                    | 17 |

## Liste des graphiques

---

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1: Le modèle du défi .....                                                       | 18 |
| Figure 2: Les facteurs à prendre en compte pour faire l'analyse de l'environnement..... | 20 |
| Figure 3: Exemple de l'utilisation de la technique des cinq pourquoi .....              | 21 |
| Figure 4: Matrice des actions prioritaires.....                                         | 22 |

## Sigles et abréviations

---

|       |                                                                  |
|-------|------------------------------------------------------------------|
| BDS   | : Bureau du district sanitaire                                   |
| CDS   | : Centre de santé                                                |
| CPSD  | : Coordination des partenaires pour la santé et le développement |
| ECD   | : Equipe Cadre du District                                       |
| MCD   | : Médecin Chef de District                                       |
| MDPS  | : Médecin Directeur de Province Sanitaire                        |
| MSPLS | : Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA   |
| PAA   | : Plan d'action annuel                                           |
| PD    | : Partenaire au développement                                    |
| PNDS  | : Plan national de développement sanitaire                       |

## Remerciements

La production de ce guide a été possible grâce au concours de plusieurs personnes que nous remercions beaucoup pour leurs diverses contributions. L'atelier de recherche-action a rassemblé les cadres en provenance des districts sanitaires de Gitega, Kibuye, Muramvya, Kiganda, Fota, Kibumbu ainsi que les MDPS des Provinces Sanitaires Gitega, Mwaro et Muramvya.

Nos remerciements s'adressent particulièrement aux personnes suivantes pour leurs précieuses contributions à ce guide.

|                              |                                                                                     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Dr Marie-Claire Ryanguyenabi | GIZ/SDSR/ Responsable Champ d'action 1<br>« Accessibilité et qualité des services » |
| Dr Cyprien Mbonyingingo      | GIZ/SDSR/ Expert Qualité                                                            |

### Les personnes ayant participé à la validation du Guide

|                                    |               |
|------------------------------------|---------------|
| 1. Dr Salvator TOYI                | MDPS Gitega   |
| 2. Dr Polycarpe NDAYIKEZA          | MDPS Muramvya |
| 3. Dr Ezéchiel NZUWONSABA          | MDPS Mwaro    |
| 4. Dr Jean Damascène BAYUBAHE      | MCD Gitega    |
| 5. Dr Jean Bosco MAGORWA           | MCD Kibuye    |
| 6. Dr Samuel MANIRAMBONA           | MCD Kiganda   |
| 7. Dr Boniface Evode NTAKARUTIMANA | MCD Muramvya  |
| 8. Dr Nazaire NDEREYIMANA          | MCD Fota      |
| 9. Dr Emile NZOYISABA              | MCD Kibumbu   |

## 1. Introduction

---

Les partenaires au développement du Burundi font un travail remarquable pour faire avancer le pays dans divers domaines d'intervention. Ainsi la GIZ, à travers son projet « **Renforcement des Structures de Santé dans le domaine de la Planification Familiale et de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs** », appuie le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) pour le développement de deux approches : une approche visant l'amélioration continue de la qualité des services offerts dans les centres de santé (CDS) de 6 Districts sanitaires et une approche de réseautage sociocommunautaire pour la promotion de la santé des jeunes.

La mise en œuvre des activités du projet s'effectue avec l'implication active des équipes cadres des districts sanitaires (ECD) et des équipes des centres de santé concernés (90 CDS pour l'approche de gestion de la qualité et 29 CDS pour l'approche de réseautage sociocommunautaire).

Lors des séances de planification et des missions de supervision que les équipes cadres des districts sanitaires effectuent conjointement avec la GIZ, il est apparu des contraintes récurrentes durant la mise en œuvre des activités du projet. Ces contraintes sont notamment un chevauchement des activités et une insuffisance de personnel qualifié causée par une mobilité importante (mutations ainsi que des conflits d'agenda dus à la participation aux formations ou autres activités du MSPLS).

Au niveau des bureaux des districts sanitaires (BDS) concernés, il s'avère extrêmement difficile d'ajuster en permanence leur planification afin de faire face aux imprévus et aux activités non ou mal planifiées.

Ainsi, les Equipes Cadres des Districts (ECD) ont exprimé le besoin d'un renforcement des capacités en management organisationnel pour pouvoir faire face à ces défis. Pour répondre à cette requête, la GIZ, avec l'appui d'un consultant expert en management organisationnel, a commencé par l'organisation d'un atelier, sous forme de recherche-action, regroupant les cadres des niveaux intermédiaire et opérationnel de la zone d'intervention du projet. Lors de cet atelier, les principales difficultés des BDS relatives au management organisationnel, en particulier la planification des activités et la gestion des ressources humaines au sein des districts sanitaires, ont été analysées ensemble.

Par la suite, un guide d'orientation relatif à ces deux aspects a été produit. Ce guide pourra dans l'avenir aider les BDS à faire face aux difficultés relatives à la planification et à la gestion des ressources humaines de leur ressort.

Ce guide présente les concepts de base de la gestion de la planification et des ressources humaines au niveau des BDS dans le contexte burundais. Il décrit de manière concrète et opérationnelle, pour les managers des ECD du Burundi, comment aborder et faire face aux difficultés quotidiennes de planification et de gestion de la mobilité des ressources humaines.

## 2. Portée du Guide d'orientation

---

*« Ne doutez jamais qu'un petit groupe de citoyens réfléchis et résolus puisse changer le monde. En réalité, c'est toujours ce qui s'est passé. » Margaret Mead*

En tant que manager et leader d'un district sanitaire, vous, Médecin Chef (MCD), êtes chaque jour amené à relever des défis. Vous devez répondre aux demandes de votre équipe (équipe cadre du district mais aussi les prestataires des formations sanitaires du district) et de vos supérieurs hiérarchiques, résoudre des crises d'approvisionnement et répondre à des épidémies de maladies contagieuses émergentes et ré-émergentes, tout cela sous la constante pression du souci financier.

Malheureusement, les managers qui ne se concentrent que sur les problèmes immédiats ne sont pas en mesure de recentrer leur énergie sur leur responsabilité première qui est celle de conduire leurs équipes à surmonter les obstacles et à optimiser leurs services à long terme.

Ce guide d'orientation traite des différents moyens susceptibles d'aider votre équipe à relever des défis pour améliorer la qualité des services de santé. Il s'organise autour du « **Modèle du défi** », une approche méthodique permettant à des groupes de découvrir l'impact direct des pratiques de management et du leadership pour parvenir à un résultat.

Il vous aide à travailler de concert avec votre équipe pour :

- Créer une vision partagée et définir un résultat mesurable
- Évaluer la situation actuelle et identifier les circonstances favorables et les obstacles
- Identifier les défis et sélectionner les actions prioritaires
- Établir un plan d'action
- Mettre en œuvre votre plan d'action et suivre l'évolution de sa réalisation vers le résultat souhaité.

Dans le cadre du présent guide d'orientation, seuls deux aspects seront abordés : la planification et la gestion des mobilités des ressources humaines au niveau d'un District sanitaire.

### 3. Les défis liés à la planification et à sa mise en œuvre

---

L'équipe cadre du district, dans son rôle de coordonner l'action sanitaire des formations sanitaires de son ressort et d'encadrer les activités communautaires sur toute l'aire de responsabilité du district<sup>1</sup>, doit procéder à une bonne planification de ses activités.

Cette planification doit aussi faire objet d'un suivi-évaluation régulier. Le suivi-évaluation d'un plan d'action est une phase très importante dans la mise en œuvre d'un plan d'action. En effet, il permet de constater la bonne réalisation des tâches tout comme les problèmes qui peuvent survenir, et cela permet de réajuster continuellement le plan d'action en fonction des résultats, des retards, des erreurs, etc.

C'est donc la responsabilité du Médecin Chef de District (MCD), dans son rôle de Manager du district, qui doit se donner les moyens pour faire avancer les choses, en travaillant avec un groupe de personnes déterminées à atteindre un même but.

Au décours d'un atelier de recherche-action avec les MCD et MDPS des provinces d'intervention du projet de la GIZ, les défis relatifs au processus de planification repris dans le tableau ci-après ont été identifiés :

---

<sup>1</sup> PNDSIII, p18

Tableau 1: Les défis liés à la planification au niveau des BDS et l'attitude à prendre face à ces défis

| Défi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Causes du défi                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Faible implication de certains des membres de l'équipe cadre dans le processus de planification</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Certains membres de l'équipe sont occupés à faire des activités urgentes</li> <li>Faibles compétences de certains membres de l'ECD en matière de planification</li> </ul>                                      |
| <p align="center"><b>Attitude à adopter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Déterminer quand la planification doit être faite et les étapes préalables (établir un calendrier)</li> <li>✓ Identifier les parties prenantes devant être impliquées dans chaque étape de la planification opérationnelle</li> <li>✓ Assigner des tâches et des responsabilités spécifiques à chaque membre de l'équipe ECD</li> <li>✓ Faire la collecte des documents de référence (dernier PAO, guide de planification opérationnelle, rapports techniques et financiers, carte sanitaire, PNDS, etc.) pour assurer la revue documentaire</li> <li>✓ Identifier les données à collecter et en déterminer les sources, les méthodes, et les outils pour les collecter</li> <li>✓ Déterminer les exigences budgétaires de la planification et les évaluer avec les fonds disponibles</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Défi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Causes du défi                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Certains partenaires au développement (PD) ne sont pas impliqués de toutes les étapes de la planification avec pour conséquence que leurs activités ne sont pas intégrées dans le PAA des BDS.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les PD ne sont pas informés du début du processus de planification par l'ECD.</li> <li>Certains PD sont informés mais ne mettent pas dans leurs priorités une planification conjointe avec les ECD.</li> </ul> |
| <p align="center"><b>Attitude à adopter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Associer les PD en leur envoyant des invitations dans les délais et faire un suivi/rappel des invitations.</li> <li>✓ Garder un contact proche avec les partenaires et leur rappeler le besoin de planifier ensemble.</li> <li>✓ Envoyer des messages de rappel aux PD sur le début du processus de planification conjointe et les impliquer pour les étapes préparatoires qui le nécessitent.</li> <li>✓ Etablir et tenir à jour une cartographie des partenaires intervenant en santé dans la province et dans chaque District Sanitaire (lors des réunions du CPSD provincial) et leur domaine d'intervention.</li> <li>✓ Associer les partenaires en leur envoyant des invitations dans les délais et en leur partageant le canevas ainsi que les axes stratégiques du plan d'action, et leur demander d'insérer les activités déjà planifiées</li> <li>✓ Lors de la planification conjointe, présenter les interventions phares du DS aux PD et leur demander de formuler des activités en lien avec ces activités phares en concertation avec les autres PD (cibles, lieux...etc.).</li> <li>✓ Informer tous les PD à temps (au moins une semaine à l'avance) et envoyer des messages de rappel sur le jour de validation des Plans d'action.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                       |

Le tableau ci-dessous présente les défis identifiés lors de la mise en œuvre et du suivi des plans d'action des BDS. Il présente aussi les causes de ces défis ainsi que l'attitude à adopter pour faire face aux défis relevés.

Tableau 2: Les défis liés à la mise en œuvre des plans d'action des BDS

| Défi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Cause du défi                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Faible taux d'exécution des activités planifiées</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Chevauchement des activités : Les membres des ECD sont pris par diverses activités (réunions, formations, congés, activités imprévues et urgentes, etc.) retardant ainsi la mise en œuvre des activités du plan d'action.</li> </ul>            |
| <p align="center"><b>Attitude à adopter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Chaque vendredi de la semaine, faire une planification hebdomadaire conjointe (avec tous les membres de l'équipe) de toutes les tâches à réaliser la semaine suivante.</li> <li>✓ Prévoir des suppléants pour des activités phares à réaliser chaque semaine</li> <li>✓ Déléguer certaines activités pour améliorer le taux d'exécution des plans d'action</li> <li>✓ Organiser un suivi de la mise en œuvre des activités planifiées</li> <li>✓ Instaurer l'usage des outils de gestion du temps pour la planification et le suivi de la mise en œuvre des activités (Calendrier, WhatsApp, Diagramme de Gantt)</li> </ul>                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Défi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Cause du défi                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisances dans la mise en œuvre des activités hebdomadaires planifiées (microplanification).</li> <li>Irrégularités dans la tenue des réunions d'évaluation de l'état de mise en œuvre des activités planifiées.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Chevauchement des activités : beaucoup de priorités concurrentes</li> <li>Manque d'un document de référence pour la délégation des tâches aux collaborateurs</li> <li>Faibles compétences des ECD dans la priorisation des activités</li> </ul> |
| <p align="center"><b>Attitude à adopter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Faire régulièrement une planification hebdomadaire des tâches de tous les membres de l'ECD pour se répartir les activités</li> <li>✓ Organiser un suivi hebdomadaire de la mise en œuvre des tâches de chaque membre de l'ECD</li> <li>✓ Si un membre de l'ECD ne peut pas faire une activité dont il était responsable, déléguer un collaborateur qui va effectuer les activités à sa place MAIS il doit s'assurer de son exécution ; y compris les réunions de suivi-évaluation du PAA</li> <li>✓ Faire usage des nouvelles technologies pour organiser des réunions virtuelles de suivi-évaluation du niveau d'exécution (WhatsApp call, Skype, Teams, etc.)</li> <li>✓ Avoir une souplesse dans la planification hebdomadaire pour permettre un réajustement des activités</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## Un modèle de priorisation des activités

Dans le système de santé burundais, l'ECD est l'organe opérationnel qui a pour rôle de coordonner l'action sanitaire et d'encadrer les activités communautaires sur toute l'aire de responsabilité du district<sup>2</sup>. Le MCD est donc le premier responsable qui assure le rôle de coordination de toute l'équipe cadre du district. En tant que manager et leader, il lui incombe d'aider son équipe à se focaliser sur les objectifs et à prendre des initiatives pour faire face aux défis et parvenir aux résultats escomptés.

Dans son rôle de Manager du district, le MCD doit se donner les moyens pour faire avancer les choses, en travaillant avec un groupe de personnes déterminées à atteindre un même but.

Pour aider son équipe à rester focalisée sur l'essentiel des activités planifiées, le MCD doit mettre à sa disposition quelques moyens simples pour aider son équipe à gérer le temps tout en répondant aussi aux urgences qui, de toutes les façons, surviennent et risquent de les détourner de leur planification. Le tableau ci-dessous présente la matrice des actions importantes et urgentes qui est un outil d'aide de gestion du temps pour une mise en œuvre efficace des activités planifiées.

Tableau 3: Matrice des actions importantes et urgentes

|               | URGENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NON URGENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IMPORTANT     | <b>Quadrant I : à faire en priorité</b><br>Activités <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Crises, situations d'urgences comme la survenue des épidémies (Ebola, Covid-19, etc.).</li> <li>✓ Problèmes très urgents (exemple : grève du personnel, survenue de catastrophes, etc.)</li> <li>✓ Activités comportant des dates butoirs qui sont cruciales pour vos priorités stratégiques</li> </ul> | <b>Quadrant II : à planifier</b><br>Activités <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anticipation de problèmes et préparation pour certaines activités futures</li> <li>✓ Création de stratégies et planification</li> <li>✓ Renforcement des relations (exemple avec les PD)</li> <li>✓ Repérage de circonstances favorables</li> <li>✓ Événements nationaux (ex : fêtes nationales), SSME, événements en rapport avec la cohésion sociale, etc.</li> </ul> |
| NON IMPORTANT | <b>Quadrant III : à déléguer ou automatiser</b><br>Activités <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interruptions, certains appels téléphoniques</li> <li>✓ Certains courriers, certains rapports</li> <li>✓ Demandes très urgentes (instructions du MSPLS, réunions administratives imprévues, etc.)</li> </ul>                                                                                    | <b>Quadrant IV</b><br>Activités <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interruptions non professionnelles (visites par les amis, collègues, répondre aux appels des amis, etc.)</li> <li>✓ Certains courriers qui ne sont pas importants ;</li> <li>✓ Toute chose qui fait perdre du temps</li> <li>✓ Etc.</li> </ul>                                                                                                                                        |

N.B : les activités listées dans le tableau ci-dessus sont données à titre d'exemple

**Le Quadrant I** représente les choses qui sont « urgentes et importantes ». Les activités du Quadrant 1 sont généralement des « crises » ou des « problèmes ». Elles sont d'une importance capitale, mais attention ! Le

Quadrant 1 peut absorber toute votre énergie. Plus vous vous concentrez sur ce quadrant, plus il prendra de l'importance au fil du temps jusqu'à vous absorber totalement. Il y aura toujours des situations de crises réclamant votre attention immédiate, mais combien sont véritablement urgentes ?

**Le Quadrant II** comprend les activités qui sont « importantes mais non urgentes ». C'est le quadrant de qualité, là où nous planifions, anticipons et faisons de sorte que ces activités ne deviennent pas urgentes. Le Quadrant II est au cœur du management de soi réussi.

**Le Quadrant III** comprend les activités qui sont « urgentes, mais non importantes ». Nous sommes nombreux à passer beaucoup trop de temps dans ce quadrant. Le caractère d'urgence de ces activités est souvent basé sur **les priorités d'une autre personne**. Il est facile de croire que quelque chose d'urgent est nécessairement important. Regardez ce que vous avez noté comme « urgent et important » dans le Quadrant I. Demandez-vous si cette activité urgente fait partie d'un objectif stratégique important. Si la réponse est non, elle devrait se situer dans le Quadrant III.

**Le Quadrant IV** comprend des activités qui ne sont « ni urgentes, ni importantes ». C'est le quadrant de la « perte de temps ». Des activités comme par exemple, le bavardage, le partage d'histoires drôles et les commérages.

## **4. Les défis liés à la supervision et à la gestion des ressources humaines du District Sanitaire**

---

### **4.1 La supervision**

Un autre aspect non moins important dans le management d'un district sanitaire est la supervision, de même que la gestion des ressources humaines.

Mais les problèmes humains sont si diversifiés qu'ils ne sont pas toujours prévisibles et que les ressources nécessaires pour leur résolution, ne sont pas toujours disponibles en quantités suffisantes. Ceci est encore plus vrai pour nos systèmes et programmes de santé pour lesquels on note une forte diminution des ressources alors que les problèmes de santé se diversifient de jour en jour.

Cet état de choses demande une certaine rationalité de la part des responsables de la santé pour bien identifier et bien résoudre les problèmes ; c'est là un des rôles du superviseur du district sanitaire d'aider, de faciliter la résolution des problèmes.

Les personnes sont les premières victimes des conséquences néfastes des problèmes mal identifiés et mal résolus. La mauvaise identification des problèmes d'un site ou d'une communauté et la mauvaise résolution de ces problèmes sont les risques majeurs que courent les responsables de santé dans leur tentative de gestion des problèmes auxquels ils sont confrontés et d'amélioration de la qualité des services. La mauvaise identification du problème résulte trop souvent d'une analyse éphémère et superficielle de la situation insatisfaisante vécue.

La résolution des problèmes doit donc s'inscrire dans une démarche cohérente que le superviseur mènera lors de la visite pour aider le personnel des sites à améliorer leur performance en identifiant et en résolvant leurs problèmes.

Dans cette section, nous abordons les défis identifiés ensemble dans un atelier de recherche-action avec les MCD et MDPS et proposons des attitudes à prendre pour faire face à ces défis :

Tableau 4: Les défis liés à la supervision

| Défis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des compétences insuffisantes des ECD pour mener des supervisions formatives sur certains thèmes</li> <li>• Un faible taux d'exécution des recommandations/engagements formulés lors des missions de supervision.</li> <li>• Une formulation des recommandations sans consentement avec l'équipe du CDS ou sans analyser la faisabilité.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Attitude à adopter                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Faire une cartographie des compétences disponibles dans le DS ou PS et les mobiliser selon besoins afin de former les autres membres des ECP/ECD</li> <li>✓ Organiser des renforcements de capacités au sein des DS en faisant recours aux formateurs locaux qui sont reconnus pour leurs compétences dans un domaine donné</li> <li>✓ Faire travailler les superviseurs par équipe de deux pour que leurs compétences se complètent mutuellement</li> <li>✓ Formuler des recommandations opérationnelles consensuelles avec l'équipe du CDS supervisé, après avoir creusé en profondeur pour identifier les vraies causes du problème</li> <li>✓ Avant d'aller faire une supervision dans une structure donnée, organiser un briefing pour les nouveaux membres de l'ECD sur la situation qui prévaut à la FOSA qui sera supervisée prochainement</li> <li>✓ Encourager les responsables des FOSA à partager les recommandations à tout le reste du staff pour améliorer la mise en application de ces recommandations</li> <li>✓ Maintenir la communication entre l'ECD et les équipes des CDS pour suivre la mise en œuvre des recommandations et engagements pris</li> </ul> |

Les approches recommandées pour la supervision formative sont brièvement reprises ci-dessous :

- **Adopter une approche collaborative.** L'approche la plus utile de la supervision formative favorise un retour constructif et l'amélioration de la performance des agents de santé par voie d'échange collaboratif entre l'agent supervisé et la personne ou l'équipe de supervision.
- **Identifier les possibilités d'amélioration.** Les superviseurs doivent prendre le temps d'examiner les besoins d'amélioration et de discuter des solutions possibles avec l'agent de santé/la personne supervisée, en lui offrant conseils, accompagnement, rectification de cap ou occasions de formation. Le superviseur peut aussi améliorer la qualité des soins en assurant le respect des pratiques et des protocoles recommandés.
- **Donner un retour positif.** Les superviseurs peuvent améliorer la performance et la motivation des agents de santé en identifiant les bonnes pratiques et en les félicitant sur les comportements ou les pratiques témoignant d'un haut niveau de performance et de qualité de prestation.
- **Explorer les options virtuelles/à distance.** Les directives de distanciation sociale pendant la pandémie de COVID-19 ont accéléré les approches virtuelles d'accompagnement et de supervision. Les équipes

de supervision doivent réfléchir soigneusement à l'opportunité et à l'orientation de plans de supervision sur site utiles aux agents de santé appelés à s'adapter à l'évolution des environnements cliniques. L'approche peut impliquer le passage aux plateformes numériques virtuelles ou des solutions hybrides qui combinent l'accompagnement sur site et l'engagement virtuel.

Les autres aspects pratiques de la supervision peuvent être consultés dans le document intitulé « Guide opérationnel de gestion du District Sanitaire au Burundi<sup>3</sup> ».

## 4.2 La gestion des ressources humaines

Les éléments fondamentaux suivants semblent être universellement valables pour guider la gestion des personnels de santé<sup>4</sup> :

- Les bons managers sont toujours visibles ; ils gardent des contacts de personne à personne avec leurs collègues et les agents sous leurs ordres.
- Les soins doivent être orientés vers la collectivité.
- Le personnel de santé doit s'identifier aux objectifs de l'organisation.
- Il faut encourager et innover.
- La gestion du personnel doit permettre une certaine autonomie, mais sous contrôle.

L'atelier de recherche-action avec les MCD et MDPS a permis d'identifier les principaux défis en rapport avec la gestion des ressources humaines auxquels font face les gestionnaires des districts sanitaires et des orientations pour y faire face ont aussi été formulées. Ces éléments sont résumés dans le tableau ci-dessous :

---

<sup>3</sup> MSPLS. Guide Opérationnel de gestion d'un District sanitaire au Burundi. Juin 2020

<sup>4</sup> OMS. La gestion des ressources humaines pour la santé. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Genève 1989

Tableau 5: Les défis liés à la gestion des ressources humaines du district sanitaire

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Défi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les départs des personnes compétentes et formées pour plusieurs raisons (changement d'emploi, promotions, permutations, mutations) aggravant l'insuffisance du personnel avec pour conséquence une diminution de la qualité des prestations</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>Attitude à adopter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Organiser des restitutions pratiques guidées par les responsables des FOSA et les ECD. Les personnes venant de faire une formation doivent faire <b><u>une restitution pratique</u></b> à leurs collègues pour faire profiter à toute l'équipe les acquis de la formation</li> <li>✓ Encourager le travail en équipe pour permettre un apprentissage auprès des collègues</li> <li>✓ Privilégier le tour de rôle lors des formations du personnel</li> <li>✓ Faire un choix judicieux et approprié de la personne à envoyer dans la formation</li> </ul>                                                                                                                                                  |
| <p><b>Défi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de pérennisation des acquis en termes de compétences</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>Attitude à adopter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Constituer une base des données au niveau du district sanitaire des personnes ressources clés formées par domaine de compétence pouvant servir dans le renforcement des capacités de leurs collègues</li> <li>✓ Adapter la gestion des ressources selon les situations pour combler les insuffisances (exemple : contrats locaux, permutations internes, suspension temporaire des congés du personnel, etc.)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>Défi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotation inter-service ou intra-district du personnel sans tenir compte des compétences requises dans un service donné</li> <li>• Choix inapproprié et inéquitable des personnes à former</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>Attitude à adopter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Opérer des rotations interservices de façon progressive et équitable sans compromettre la qualité des services offerts</li> <li>✓ Pour les promotions au sein d'un même district sanitaire, organiser une période de transition pour que la personne promue assure le transfert des compétences à son suppléant</li> <li>✓ Faire une concertation constructive (dans l'intérêt des bénéficiaires/usagers) entre les Médecins chef de district, les Médecins directeurs des Hôpitaux et les Titulaires des centres de santé avant d'opérer des mutations</li> <li>✓ Organiser des formations in situ ou dans une autre structure environnante afin d'avoir des compétences souhaitées à la FOSA</li> </ul> |

## 5. Annexe : Le modèle du défi et comment l'utiliser

---

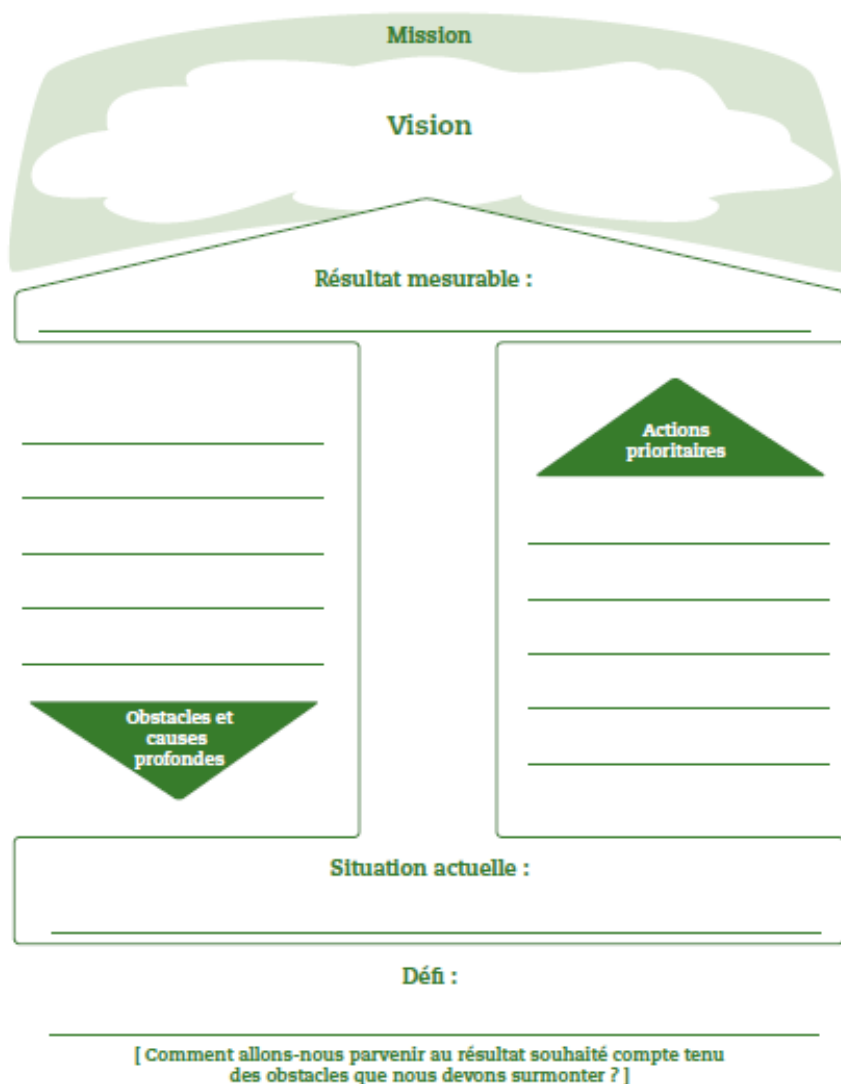


Figure 1: Le modèle du défi

### Comment utiliser le modèle du défi ?

**Première étape :** Examiner votre mission organisationnelle et ses stratégies prioritaires.

Avec votre équipe, dégagez une compréhension partagée de votre mission organisationnelle et de ses stratégies prioritaires. Cette conception vous permet d'affiner votre vision et de vous assurer que celle-ci s'inscrit dans l'ensemble des priorités organisationnelles.

### **Deuxième étape** : Créer une vision partagée.

Avec votre équipe, élaborer et créer une vision partagée de l'avenir que vous envisagez, qui contribue à renforcer la mission et les priorités de votre organisation. Cette vision commune sert de source d'inspiration à l'équipe pour faire face à chaque nouveau défi. Comment alors faut-il créer une vision partagée ?

- Imaginer l'avenir : demander aux collègues membres de l'équipe de se projeter dans l'avenir à un moment précis et d'écrire ce qu'ils veulent qu'on accomplisse.
- Intégrer chaque vision à celles des autres pour recréer une seule vision commune pour toute l'équipe.
- Rassembler tous les éléments clés des descriptions de visions : il s'agit de passer en revue l'ensemble des propositions faites par les membres de l'équipe en faisant la synthèse pour éliminer les éléments qui se recoupent.
- Classer les éléments par ordre de priorité : il faut demander aux membres de l'équipe de choisir les éléments qui leur semblent plus pertinents et qui correspondent bien à leur vision.
- Présenter un énoncé de la vision partagée : Rassemblez les éléments sélectionnés en un énoncé unique qui va servir de fil conducteur à des discussions approfondies.

### **Troisième étape** : Définir d'un commun accord un résultat mesurable.

A partir d'un aspect de votre vision partagée, convenez d'un résultat mesurable que vous souhaitez tous concrétiser. Ce résultat est la dynamique de votre travail. Comme il s'agit d'un résultat mesurable, il vous permet de suivre et d'évaluer les progrès de vos efforts vers sa réalisation. Ne perdez pas de vue que l'élaboration finale du résultat souhaité est un processus sans cesse renouvelé.

Au fur et à mesure que vous examinez la situation actuelle et que vous appréhendez les obstacles qu'il vous faut surmonter, vous devrez probablement ajuster votre objectif de résultat pour qu'il soit le plus pertinent et réaliste possible.

Un résultat mesurable doit répondre aux critères "SMART" suivants :

- ✓ Spécifique : Énoncé clairement pour éviter différentes interprétations
- ✓ Mesurable : Pour vous permettre d'effectuer le suivi et l'évaluation de la réalisation de l'objectif fixé
- ✓ Approprié au champ d'action de vos activités de telle sorte que vous puissiez le contrôler et l'adapter
- ✓ Réaliste : Réalisable pendant la période de temps impartie
- ✓ Programmé dans le Temps : Avec des délais fixes de réalisation.

Pour juger de la pertinence du résultat que vous énoncez à l'aide des critères SMART, assurez-vous que vous pourrez suffisamment intervenir sur les difficultés et les obstacles qu'il implique pour que votre influence permette les changements nécessaires.

### **Exemples de résultats mesurables :**

Les résultats mesurables suivants se rapportent à deux aspects d'une vision (freiner ou éradiquer des épidémies contagieuses et fournir des soins de très haute qualité).

- Avant la fin de l'année 2022, augmenter de 50 % les services de counseling et dépistage volontaire (CDV) dans le district sanitaire pour atteindre une moyenne de 300 clients par mois.
- Avant la fin de l'année 2022, la procédure de triage des nouveaux clients dans nos formations sanitaires ne dépassera pas 10 minutes.

#### **Quatrième étape** : Evaluer la situation actuelle.

Il s'agira de scanner les environnements interne et externe de votre contexte pour dégager une image précise des conditions et réalités de départ qui résument la situation actuelle en rapport avec le résultat que vous avez fixé.

La figure suivante aide dans ce processus d'analyse situationnelle :

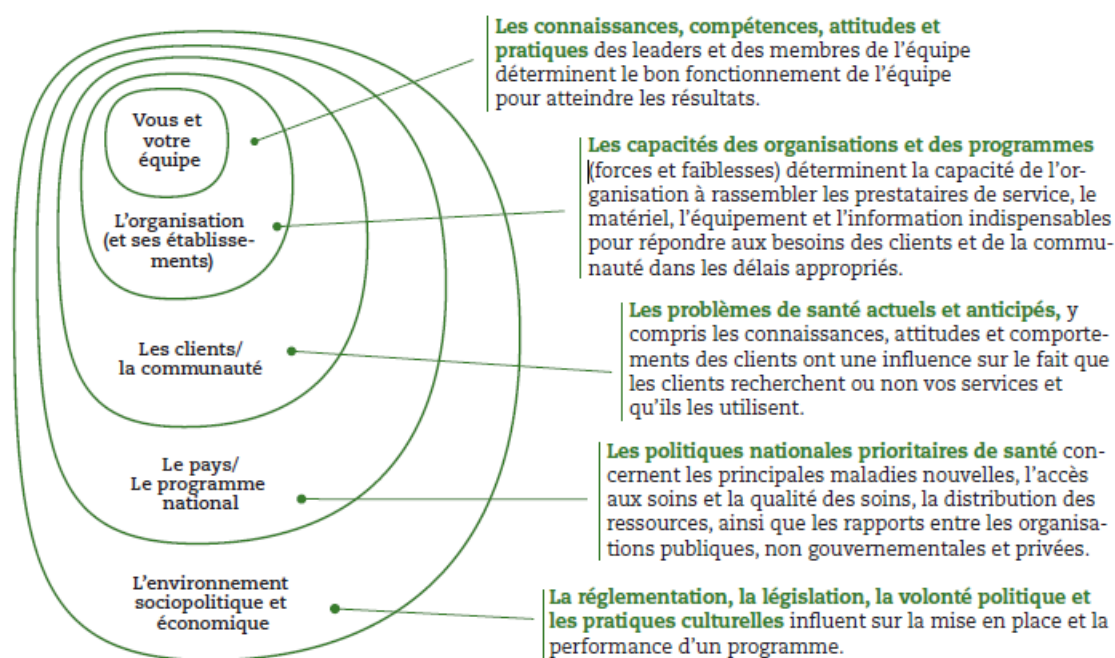


Figure 2: Les facteurs à prendre en compte pour faire l'analyse de l'environnement

#### **Cinquième étape** : Identifier les obstacles et leurs causes profondes.

Cherchez à découvrir pourquoi la situation reste inchangée. Quels facteurs maintiennent ce statu quo ? Qu'est ce qui empêche toute amélioration ? Etablissez une liste d'obstacles que vous et votre équipe devez surmonter pour atteindre l'objectif de résultat que vous vous êtes fixé. Servez-vous des outils d'analyse des causes profondes pour analyser les raisons sous-jacentes de ces obstacles afin de vous assurer que vous prenez en considération les causes et non pas simplement les symptômes.

L'un des outils qui est facile d'utilisation au niveau du BDS c'est la technique des « Cinq pourquoi » dont un exemple est donné ci-dessous :

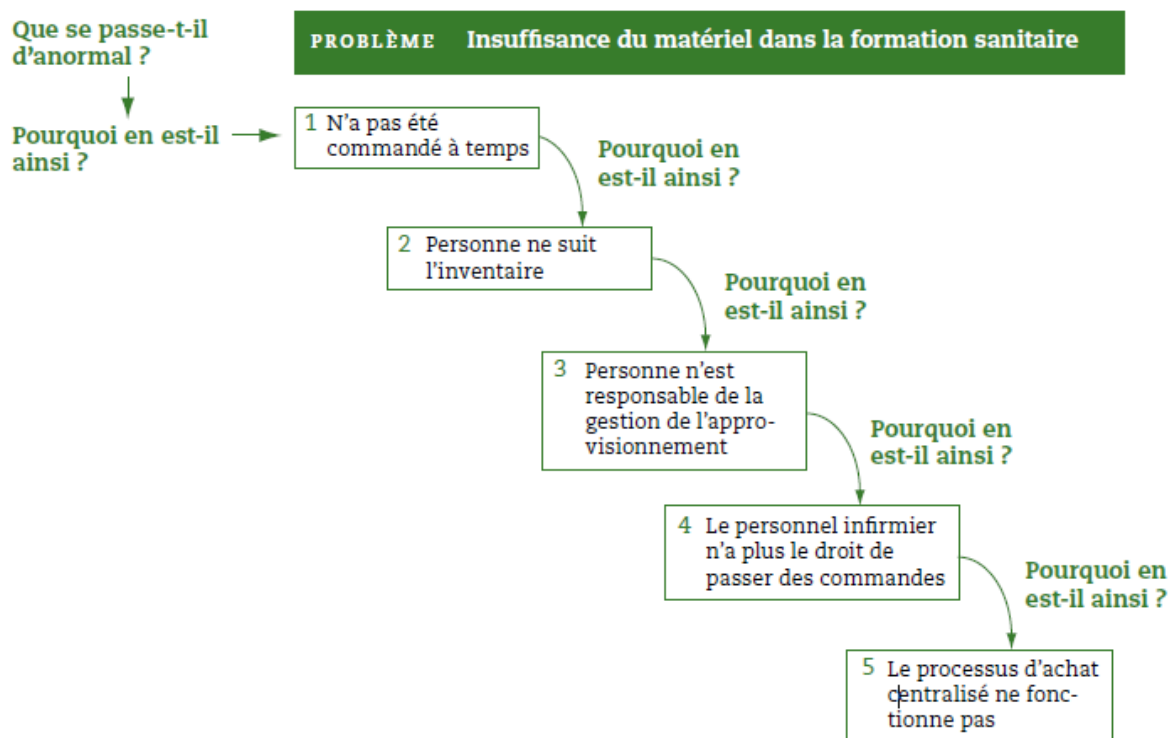


Figure 3: Exemple de l'utilisation de la technique des cinq pourquoi

#### **Sixième étape :** Définir votre défi principal et sélectionner les actions prioritaires

Expliquez les objectifs de votre plan d'action à la lumière des causes profondes des obstacles que vous avez identifiées. (La formule « Comment pouvons-nous... malgré ces obstacles actuels... ? » peut vous aider à commencer à élaborer l'énoncé de votre défi.) Sélectionnez ensuite les actions prioritaires que vous mettrez en place pour aborder les causes profondes des obstacles.

Votre défi le plus important doit décrire avec précision ce que vous souhaitez accomplir, à la lumière des obstacles que vous avez définis. En élaborant une description claire, à la fois des résultats que vous souhaitez et des obstacles qu'il vous faudra surmonter, vous amenez votre équipe à un changement radical : cesser de concentrer son attention sur les problèmes pour se focaliser sur le défi et le résultat fixé.

La définition précise d'un défi doit répondre aux critères suivants :

- Faire face à un défi contribue à la réalisation d'objectifs organisationnels cruciaux ;
- Le défi focalise l'énergie sur l'accomplissement de résultats hors du commun qui sont mesurables et rentrent dans le contexte du mandat confié à l'ECD ;
- Le leadership et l'adoption par l'ECD de nouveaux comportements sont des éléments essentiels pour faire face à un défi ;
- Le défi doit motiver l'équipe pour qu'elle tire ses ressources au maximum et découvre de nouvelles initiatives de travail en commun.

Exemple d'un défi : « Comment pouvons-nous améliorer la couverture contraceptive des jeunes adolescents dans notre district sanitaire lorsque les clients qui ont besoin de ces services ne se rendent pas dans nos formations sanitaires ? »

## Exemple de priorisation

Exemple de tableau complété de la Matrice des actions prioritaires

| Critères<br>classer par ordre<br>d'importance de 1 à 3                                                                      | Actions prioritaires            |                                                   |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|                                                                                                                             | Formation<br>des<br>conseillers | Organisation de<br>sessions pour la<br>communauté | Renovations<br>des formations<br>sanitaires |
| Délai de mise en œuvre<br>1 = le plus long<br>3 = le plus rapide                                                            | 2                               | 2                                                 | 1                                           |
| Coût de mise en œuvre<br>1 = le plus élevé<br>3 = le moins élevé                                                            | 2                               | 3                                                 | 1                                           |
| Amélioration potentielle<br>de la qualité à long terme<br>1 = le potentiel le plus faible<br>3 = le potentiel le plus élevé | 3                               | 2                                                 | 2                                           |
| Disponibilité des<br>ressources<br>1 = le moins disponibles<br>3 = le plus disponibles                                      | 1                               | 3                                                 | 1                                           |
| Total                                                                                                                       | 8                               | 10                                                | 5                                           |

Figure 4: Matrice des actions prioritaires

### Septième étape : Elaborer un plan d'action

Elaborez un plan d'action qui évalue les ressources humaines, matérielles et financières indispensables à la mise en œuvre de vos stratégies et le calendrier des réalisations.

Avant de pouvoir mettre en œuvre vos actions prioritaires, vous devez élaborer un plan d'action. L'élaboration d'un plan d'action est une des pratiques du management. Un plan d'action est une feuille de route explicite pour la mise en œuvre de vos actions, le suivi de leur réalisation et l'évaluation des résultats. Un plan d'action doit impérativement comporter l'identification des éléments suivants :

- Les actions ou activités qui seront mises en œuvre ;
- Le nom de la personne qui sera responsable de la réalisation de chaque action ;
- Les ressources humaines, matérielles et financières indispensables à la mise en œuvre des actions ;
- Un calendrier des activités détaillant la chronologie de mise en œuvre des actions.

### Huitième étape : Mettre en œuvre le plan d'action, suivre et évaluer les progrès.

Le MCD, en tant que premier manager du district sanitaire, doit encadrer et soutenir son équipe dans la mise en œuvre du plan d'action et effectuer un suivi et une évaluation de la progression vers la réalisation de l'objectif.

*« Si vous persistez à faire ce que vous avez toujours fait, vous obtiendrez toujours ce que vous avez obtenu jusqu'à présent. »*

La plupart des grandes idées qui proposent des améliorations et des changements profonds tournent court au moment de leur mise en œuvre. Dans bien des cas, le véritable problème ne tient pas à l'inadéquation des activités, mais à la médiocrité de leur exécution. Une fois de plus, le leadership et le management sont des éléments déterminants. Il est impossible de toujours utiliser les mêmes vieux systèmes et méthodes alors que vous abordez les défis avec une approche radicalement nouvelle.



## **IV-2 Programme indicatif formation andragogie MQ**

## Programme indicatif : Atelier de formation des formateurs dans le cadre des approches pédagogiques mobilisées pour le management de la qualité

### 1. Objectif et résultats attendus

#### **Objectif**

L'objectif de cet atelier est de renforcer les compétences de formateurs de l'adulte qui auront pour mission future de former les équipes cadre de district, en particulier les assistants qualité de district (AQDS) dans le cadre du concours qualité (CQ).

#### **Résultats attendus**

##### Les compétences visées

A la fin de l'atelier, les participants devraient être capable de :

- Appliquer les *principes de la pédagogie de l'adulte* dans le cadre des renforcements de compétences pour l'approche CQ.
- Maîtriser puis *amener les équipes cadre de district à maîtriser* le processus d'amélioration de la qualité et les outils du CQ.
- Produire un *plan de formation* incluant la définition des compétences et des objectifs ainsi que les modalités d'évaluation de l'atteinte de ces objectifs.
- Choisir et créer des *outils pédagogiques* adaptés à l'adulte (jeux de rôle, étude de cas, brainstorming, travaux de groupe et mise en situation) pour la formation initiale.
- Organiser des conditions permettant le renforcement de compétences continu fondé sur *l'identification de problèmes*.
- Renforcer les *compétences mobilisées dans le rôle d'AQDS* : soutien réflexif, analyse et résolution de problème, animation d'un groupe de discussion, communication adaptée.
- Suivre la *progression* des équipes soutenues.

##### Les résultats concrets en fin d'atelier :

- Structure générale du *plan de formation* initiale des AQDS, incluant les compétences et objectifs visés, les séquences et outils pédagogiques appropriés.
- Amorçage d'écriture des *outils pédagogiques* (études de cas, mise en situation...)
- Maîtrise des *outils de suivi*

### 2. Participants à l'atelier

**Les participants à cet atelier devront répondre aux critères suivants :**

- Avoir une expérience prouvée de formateur
- Avoir une connaissance de l'approche de management de la qualité « Concours qualité » (à travers les ateliers de développement des concepts, participation aux activités de renforcement des compétences des cibles en tant que formateurs, facilitateurs, conduite du jury etc.)
- Être disponibles pour dispenser les formations sur le management de la qualité à l'endroit des ECD et des équipes des CDS de la zone d'intervention pendant la période prévue
- Être disponibles pour participer à l'atelier de formation des formateurs sans interruption.

Les participants proviendront des institutions partenaires et du projet et le nombre des participants devra être limité à un effectif ne dépassant 15-20 personnes tout au plus.

| Institution | Nbre de participants | Remarques |
|-------------|----------------------|-----------|
|             |                      |           |
|             |                      |           |
|             |                      |           |
|             |                      |           |
|             |                      |           |
|             |                      |           |

### 3. Durée, programme

L'atelier dure 5 jours.

Le programme ci-dessous est établi sous forme des séquences et pourra être réajusté selon la progression de l'acquisition des compétences pendant la formation.

### 3.1 Programme de l'atelier

#### Jour 1

| Séquence    | Objectifs                                                                                                  | Lien avec le CQ et thématiques       | Outils pédagogiques                                                                                     | Output / évaluation                                       | Responsable | Durée |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|-------|
| 9h- 10h15   | Introduire l'atelier : participants, objectifs et planning<br>Evaluation des attentes des participants     |                                      | Pause café                                                                                              |                                                           |             | 30'   |
|             |                                                                                                            |                                      | Présentation du planning                                                                                | Adaptation du planning si besoin                          |             | 15'   |
|             |                                                                                                            |                                      | Présentation personnalisée des participants (présentation croisée)<br>Cartes individuelles des attentes | Attentes des participants recueillies                     |             | 30'   |
| 10h15-11h15 | Présenter les principes du management de la qualité selon l'approche CQ                                    | Principes de MQ                      | Quiz CQ                                                                                                 | Quiz                                                      |             | 1h    |
| 11h15-11h30 | Mot d'introduction du Directeur PNSR et de la CTP du projet                                                |                                      | Accueil                                                                                                 |                                                           |             | 15'   |
| 11h30-13h   | Motivation et leadership                                                                                   | Coaching et travail d'équipe         | PPT + cas de coachs en CDS                                                                              | Grandes lignes identifiées                                |             | 1h30  |
| 13h-14h     | Pause déjeuner                                                                                             |                                      |                                                                                                         |                                                           |             | 1h    |
| 14h-14h15   | Energizer                                                                                                  |                                      |                                                                                                         |                                                           |             | 15'   |
| 14h15-15h15 | Présenter la pédagogie de l'adulte et ses outils pédagogiques                                              | Formation initiale au CQ et continue | Apport théorique et participation autour d'un jeu/simulation ZOPP                                       | Quiz et documents                                         |             | 1h    |
| 15h15-15h45 | Le plan de formation : présentation                                                                        | Formation initiale                   | Apport théorique d'amorce                                                                               | Grands principes identifiés                               |             | 30'   |
| 15h45- 16h  | Pause                                                                                                      |                                      |                                                                                                         |                                                           |             | 15'   |
| 16h-16h45   | Faire faire un plan de formation pour les ECD et AQDS préparant le CQ :<br>- Faire définir des compétences | Formation initiale                   | Brainstorming<br>Synthèse à l'aide du référentiel défini                                                | Compétences définies en fonction des activités à réaliser |             | 45'   |
| 16h45-17h   | Consignes pour l'exercice de la séquence 16 (animation de réunion)*                                        |                                      |                                                                                                         |                                                           |             | 15'   |

**Jour 2**

| Séquence    | Objectifs                                                                                                                                  | Lien avec le CQ et thématiques | Outils pédagogiques                                                                                                                                                                                                                                                                    | Output / évaluation                                                   | Responsable | Durée |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
| 9h-9h20     | Pause café                                                                                                                                 |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |             | 20'   |
| 9h20-9h30   | Synthèse de la veille                                                                                                                      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |             | 10'   |
| 9h30- 11h   | Faire faire un plan de formation pour les ECD et AQDS préparant le CQ :<br>- Faire définir des objectifs en lien avec les compétences visé | Formation initiale             | Application pratique en travaux de groupe (TG) sur base des activités à réaliser<br>Restitution et synthèse                                                                                                                                                                            | Compétences et objectifs définis en fonction des activités à réaliser |             | 1h30  |
| 11h- 12h    | Faire choisir des outils en fonction des compétences et objectifs du plan de formation initiale                                            | Formation initiale             | Brainstorming et Meta plan                                                                                                                                                                                                                                                             | Outils pédagogiques sélectionnés                                      |             | 1h    |
| 12h-13h     | Pause déjeuner                                                                                                                             |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |             | 1h    |
| 13h-13h15   | Energizer                                                                                                                                  |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |             | 15'   |
| 13h15-15h15 | Faire créer des outils pédagogiques : les travaux de groupe et l'étude de cas                                                              | Formation initiale             | Deux mini-ateliers tournants :<br>2- Organiser un TG :<br>• Participation<br>• Implication<br>• Valorisation des TG<br>• Ecriture collective exemple<br>2- Construire une étude de cas :<br>• À partir de quel constat ?<br>• Quels effets attendus ?<br>• Ecriture collective exemple | Plan d'organisation de TG<br><br>Etudes de cas écrites                |             | 2h    |
| 15h15-15h30 | Pause                                                                                                                                      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |             | 15'   |
| 15h30-17h   | Faire créer des outils pédagogiques : brainstorming, metaplan                                                                              | Formation initiale             | Mise en situation : brainstorming et metaplan autour des objectifs, de la construction et de l'animation de l'outil                                                                                                                                                                    | expérimenter la participation, l'animation et la synthèse             |             | 1h30  |

### Jour 3

| Séquence     | Objectifs                                                                                                                                                                                                | Lien avec le CQ et thématiques                                      | Outils pédagogiques                                                           | Output / évaluation  | Responsable | Durée |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------|
| 9h-9h20      | Pause café                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                               |                      |             | 20'   |
| 9h20-9h30    | Synthèse de la veille                                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                               | Synthèse             |             | 10'   |
| 9h30- 11h30  | Faire créer des outils pédagogiques : mises en situation et jeux de rôle                                                                                                                                 | Formation initiale                                                  | Apports théoriques simples et travaux de groupe pour concevoir un jeu de rôle | Jeux de rôle conçus  |             | 2h    |
| 11h30-12h    | Transmettre l'Apprentissage par problèmes (APP) en situation de travail : principes                                                                                                                      | Analyse des défis dans le MQ                                        | Apports théoriques simples Liens APP et pédagogie adulte en brainstorming     | APP comprise         |             | 30'   |
| 12h-13h      | Pause déjeuner                                                                                                                                                                                           |                                                                     |                                                                               |                      |             | 1h    |
| 13h-13h15    | Energizer quiz rappel                                                                                                                                                                                    |                                                                     | quiz                                                                          |                      |             | 15'   |
| 13h15- 15h15 | Transmettre l'APP en situation de travail :<br>- méthodes d'identification des problèmes : Ishikawa, 5 pourquoi, QQQQCP (Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? (méthode d'analyse contextuelle) | Analyse des défis dans le MQ                                        | Étude d'une situation et mise en application du diagramme Ishikawa            | Analyse de situation |             | 2h    |
| 15h15- 15h30 | Pause                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |                                                                               |                      |             |       |
| 15h30-17h    | Transmettre l'APP en situation de travail :<br>- produire des hypothèses, trouver et analyser les informations nécessaires<br>- choisir des solutions adaptées                                           | Identification des solutions dans le MQ<br>Importance des processus | Mise en situation (jeu de rôle / étude de cas)                                | APP expérimentée     |             | 1h30  |

## Jour 4

| Séquence     | Objectifs                                                                     | Lien avec le CQ et thématiques | Outils pédagogiques                                                                                                                                         | Output / évaluation                                                   | Responsable | Durée |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
| 9h-9h20      | Pause café                                                                    |                                |                                                                                                                                                             |                                                                       |             | 20'   |
| 9h20-9h30    | Synthèse de la veille                                                         |                                |                                                                                                                                                             |                                                                       |             | 10'   |
| 9h30- 11h30  | Former des facilitateurs : la démarche réflexive                              | Coaching et réflexivité        | Théorie simple et mise en situation (jeu de rôle)                                                                                                           | Réflexivité expérimentée                                              |             | 2h    |
| 11h30-12h30  | Suivre et transmettre les compétences de suivi des équipes                    | Monitoring                     | Présentation des outils de suivi envisagés et philip 5x5 x4 (méthode d'animation/réflexion de groupe à raison d'un groupe de 6 pour une durée de 6 minutes) | Outils de suivi présentés                                             |             | 1h    |
| 12h30- 13h30 | Pause déjeuner                                                                |                                |                                                                                                                                                             |                                                                       |             | 1h    |
| 13h30-13h40  | Energizer                                                                     |                                |                                                                                                                                                             |                                                                       |             | 10'   |
| 13h40-14h50  | Former des facilitateurs : la communication                                   | Formation initiale et continue | Présentation théorique succincte des différents outils de la communication au sein des groupes et application pratique                                      | Exercices pratiques d'animation et distribution de documents supports |             | 1h10  |
| 14h50-15h    | Pause                                                                         |                                |                                                                                                                                                             |                                                                       |             | 10'   |
| 15h-17h      | Former des facilitateurs : le coaching<br>Retour sur les compétences des AQDS | Formation continue             | Jeux de rôle                                                                                                                                                | Coaching expérimenté                                                  |             | 2h    |

## Jour 5

| Séquence     | Objectifs                                                                  | Lien avec le CQ et thématiques | Outils pédagogiques                                   | Output / évaluation                | Responsable | Durée |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|-------|
| 9h-9h20      | Pause café                                                                 |                                |                                                       |                                    |             | 20'   |
| 9h20-9h30    | Synthèse de la veille                                                      |                                |                                                       |                                    |             | 10'   |
| 9h30- 9h50   | La préparation de réunion                                                  | Coaching                       | Flipchart et exercices                                | Ordres du jour                     |             | 20'   |
| 9h50- 10h10  | Grands principes de l'animation                                            | Coaching                       | Support papier                                        |                                    |             | 20'   |
| 10h10-11h10  | Animation de réunion                                                       | Coaching                       | 2 Mises en situation et jeux de rôles avec debriefing | Animation expérimentée et observée |             | 1h    |
| 11h10-12h10  | Animation de réunion                                                       | Coaching                       | 2 Mises en situation et jeux de rôles avec debriefing | Animation expérimentée et observée |             | 1h    |
| 12h10- 12h30 | Bilan                                                                      | Coaching                       | Metaplan                                              | Restitution                        |             | 20'   |
| 12h30- 13h30 | Pause déjeuner                                                             |                                |                                                       |                                    |             | 1h    |
| 13h30 -13h40 | Energizer                                                                  |                                |                                                       |                                    |             | 10'   |
| 13h40-15h10  | <b>Faire faire le plan de formation : élaboration finale des séquences</b> | Formation initiale             | Travaux de groupes (1 groupe / jour de formation)     | Plan de formation élaboré          |             | 1h30  |
| 15h10- 15h25 | Faire le bilan collectif de l'atelier                                      |                                | Questionnaire                                         | Bilan de l'atelier                 |             | 15'   |
| 15h25- 16h25 |                                                                            |                                | Bilan qualitatif                                      |                                    |             | 1h    |
| 16h25-16h40  | Mot de clôture                                                             |                                |                                                       |                                    |             | 15'   |



## **IV-3 Matrice compétences des AQDS**

# Matrice compétences des Assistants qualité des Districts Sanitaires (AQDS)

## 1. Domaine de Compétences techniques et organisationnelles des AQDS

| Situations professionnelles                                                                                                                               | Compétences                                                                                                   | Éléments de compétence                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Comprendre et analyser une situation et proposer des solutions visant à améliorer la qualité.<br><br>Favoriser la progression de la démarche dans les CDS | 1. Aider les équipes des CDS à maîtriser le processus d'amélioration de la qualité                            | 1.1 Aide les équipes à réaliser leurs autoévaluations<br><br>1.2 Aide les équipes à réaliser leurs plans d'actions. |
|                                                                                                                                                           | 2. Suivre la progression des équipes CDS                                                                      | 2.1 Maîtrise l'outil de gestion de la qualité/Roue de Deming<br>2.2 Assure le suivi de la progression               |
|                                                                                                                                                           | 3. Proposer, trouver des solutions appropriées dans la mesure de ses possibilités et des problèmes rencontrés | 3.1 Appuie les équipes en difficulté                                                                                |

## 2. Domaine de Compétences de leadership des AQDS

| Situations professionnelles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Compétences                                                                                           | Éléments de compétence                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Comprendre et analyser une situation et proposer des solutions visant à améliorer la qualité.</p> <p>Faciliter des discussions de groupe pour amener l'équipe à identifier des défis qualité et s'entendre sur des solutions.</p> <p>Promouvoir l'enthousiasme et l'esprit d'équipe</p> <p>Implanter &amp; poursuivre la démarche qualité lorsque le titulaire est peu motivé / peu engagé dans la démarche.</p> | <p>1. Etre un facilitateur soutenant l'émergence d'idées dans une dynamique positive et motivante</p> | <p>1.1 Inspirer, valoriser, renforcer le groupe</p> <p>1.2 Reconnaître les efforts et les compétences des membres des équipes, favoriser l'autonomie</p> <p>1.3 Favoriser l'adhésion, l'appropriation et l'utilité de l'approche, motiver</p> <p>1.4 Contribuer à l'émergence d'un consensus</p> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>2. Etre un leader perceptif</p>                                                                    | <p>2.1 Etre à l'écoute et observer, faire preuve d'humilité</p> <p>2.2 Respecter chacun dans une relation de confiance.</p> <p>2.3 Etre transparent et clair dans le rôle assumé</p>                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>3. Organiser le renforcement des compétences fondé sur le vécu.</p>                                | <p>3.1 Favoriser la prise de conscience d'un problème</p> <p>3.2 Tirer profit des situations pratiques, faire avec les personnes</p>                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>4. S'adapter aux situations rencontrées</p>                                                        | <p>4.1 Etre capable d'initiative, de flexibilité, d'adaptabilité</p>                                                                                                                                                                                                                             |

### 3. Domaine de Compétence de communication de l'AQ-DS

| Situations professionnelles                                                                                                                                                                                                                               | Compétences                                                              | Éléments de compétence                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Faciliter des discussions de groupe pour amener l'équipe à identifier des défis qualité et s'entendre sur des solutions.<br><br>Amener les équipes des CDS à comprendre / maîtriser les outils de la démarche qualité                                     | 1. Maîtriser l'animation du groupe                                       | 1.1 Préparer et animer une réunion autour de la démarche qualité<br><br>1.2 Ecouter activement les participants et encourager la participation de tous<br><br>1.3 Soutenir et encadrer la réflexion |
| Profiter des situations problématiques rencontrées dans les CDS pour renforcer les compétences de l'équipe<br><br>Faire face aux imprévus qui interfèrent dans les visites et le planning incluant le non-respect des délais / plannings par les équipes. | 2. Utiliser une communication appropriée à la situation et aux personnes | 2.1 Présenter des arguments solides et clairs au groupe<br><br>2.2 Adopter un langage accessible, acceptable et adapté                                                                              |



## **IV-4 Guide AQDS CQ3**



**Edition 2019- 2022**

**GUIDE OPERATIONNEL POUR LES ASSISTANTS  
QUALITE DES DISTRICTS SANITAIRES.**

**DISTRICTS SANITAIRES DE:**

**KIBUMBU, FOTA, KIGANDA, MURAMVYA, GITEGA ET KIBUYE.**

## Table des matières

|                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCTION .....</b>                                                  | <b>2</b>  |
| <b>DEFINITION DU CONCOURS QUALITE .....</b>                                | <b>3</b>  |
| <b>DEROULEMENT DE LA 3<sup>ème</sup> EDITION DU CONCOURS QUALITE .....</b> | <b>4</b>  |
| <b>Rôles et compétences des AQDS .....</b>                                 | <b>5</b>  |
| <b>Tableau 1: Rôles et compétences requises à toutes les étapes .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>Tableau 2: Tâches des AQDS et outils selon les étapes du CQ .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>LES OUTILS TECHNIQUES DE L'AQDS .....</b>                               | <b>8</b>  |
| L'animation d'une discussion de groupe.....                                | 8         |
| L'appui réflexif .....                                                     | 8         |
| La fiche de suivi de visite .....                                          | 8         |
| <b>Soutien du Projet aux Districts Sanitaires .....</b>                    | <b>9</b>  |
| <b>ANNEXES .....</b>                                                       | <b>10</b> |
| Fiche technique: Animation d'un groupe de discussion .....                 | 10        |
| Fiche Technique: Appui réflexif .....                                      | 12        |
| Fiche de suivi de visite des CDS par l' AQDS .....                         | 13        |

## Liste des abréviations

|       |                                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------|
| AE    | : Autoévaluation                                                |
| AQDS  | : Assistant qualité de District Sanitaire                       |
| BPS   | : Bureau Provincial de la Santé                                 |
| CDS   | : Centre de Santé                                               |
| COSA  | : Comité de Santé                                               |
| CQ    | : Concours Qualité                                              |
| DS    | : District Sanitaire                                            |
| DODS  | : Direction de l'Offre et de la Demande des Soins               |
| ECD   | : Equipe Cadre de District                                      |
| GIZ   | : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, GmbH |
| IST   | : Infection Sexuellement Transmissible                          |
| PEC   | : Prise en charge                                               |
| PF    | : Planification familiale                                       |
| PNSR  | : Programme National de Santé de la Reproduction                |
| SDSR  | : Santé, droits sexuels et reproductifs                         |
| SSR   | : Santé sexuelle et reproductive                                |
| SSRAJ | : Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes      |

## INTRODUCTION

Dans le but d'améliorer la qualité des services, le Projet « Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale, santé et droits sexuels e reproductifs [GIZ/SDSR] » a, en collaboration avec ses partenaires (DODS, PNSR, BPS et DS) introduit l'approche de management de la qualité dénommé « Concours qualité » mettant l'accent sur la maîtrise des processus. Cette approche a été initiée en 2014 sous forme d'une compétition positive (Concours qualité) entre des Centres de Santé volontaires.

Pour la première édition du Concours (2014/2015), les thématiques concernées étaient « **Accueil** » et « **Hygiène** » et 62 CDS de la zone d'intervention ont participé volontairement. L'accompagnement des équipes des CDS participants dans le processus de mise en œuvre a impliqué directement les Assistants Qualité du projet pour des raisons liées à l'évaluation scientifique de l'intervention.

Les leçons tirées de la 1ère édition du concours qualité ont révélé que le principal pilier de l'approche était le coaching des équipes des CDS par l'Assistant qualité. Ainsi pour la 2ème édition du CQ, les superviseurs polyvalents des DS ont été ciblés pour jouer ce rôle eu-égard à leur mission principale.

En vue de la consolidation et de l'appropriation de l'approche développée, les partenaires du niveau opérationnel ont été associés à tout le processus de préparation, de mise en œuvre et de suivi du CQ. Ainsi l'élaboration du concept, des principes du CQ, et des outils du CQ (guide et grilles d'autoévaluation pour les CDS,) a bénéficié de la participation active des partenaires pendant les différents ateliers d'analyse et de validation. De plus les superviseurs polyvalents des DS de la zone d'intervention ont été directement impliqués dans le soutien des équipes des CDS.

La 2<sup>ème</sup> édition du CQ s'est déroulée de novembre 2016 jusqu'en mars 2018. Elle a porté sur les thématiques spécifiques en rapport avec la santé de la reproduction à savoir : **la Planification Familiale (PF), la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SSRAJ) et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)**. Les dimensions « Accueil et hygiène » ont été poursuivies. Pour cette deuxième édition, sur 70 CDS ayant adhéré volontairement, 68 CDS ont poursuivi jusqu'à la fin du cycle.

Pendant la 3ème phase du projet (juillet 2019-juin 2022), l'intégration de l'approche sera poursuivie, et un accent particulier sera mis sur le renforcement de l'autonomie des partenaires à travers la responsabilisation pour le développement de la 3ème édition du concours qualité notamment en ce qui concerne la conception des outils, la formation et le suivi.

Le présent guide opérationnel a pour objectif de fournir aux AQ DS des informations et des outils utiles pour l'accomplissement de leur rôle d'accompagnateur et de facilitateur des équipes des CDS participant au CQ.

## DEFINITION DU CONCOURS QUALITE

Le „Concours Qualité“ (CQ) est une démarche basée sur le management de la qualité et qui cherche à améliorer d’une manière continue la qualité des soins et des services de santé. Elle s’adresse aux équipes des formations sanitaires et encourage celles qui veulent améliorer leur performance.

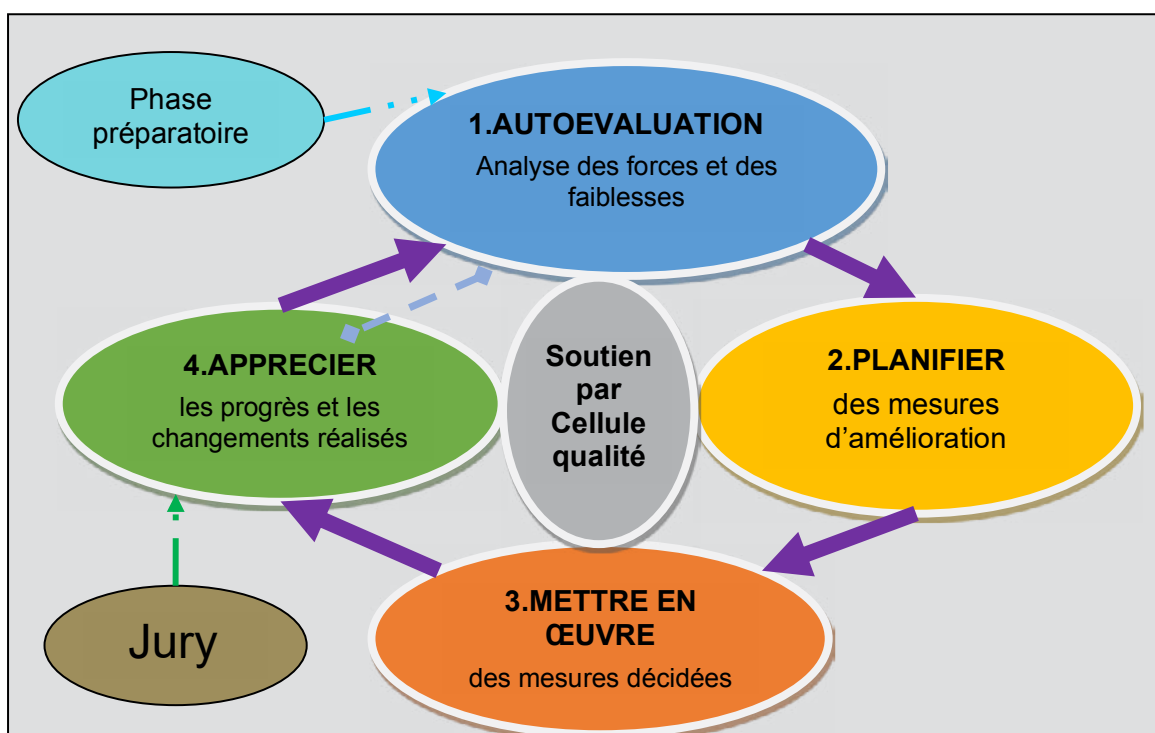
Focalisé sur la qualité des processus à travers une compétition positive et volontaire, le CQ vise à la fois le développement organisationnel et un meilleur fonctionnement de la structure. L’objectif est de partir des ressources et des potentialités de la structure pour obtenir une amélioration rapide et efficiente de la qualité. Par l’approche CQ, les équipes des CDS apprennent et initient des changements d’une manière participative afin d’améliorer la qualité des services.

Cette approche de management de la qualité est guidée par certains principes essentiels à savoir :

- Une compétition positive et volontaire entre les FOSA avec ses aspects ludiques
- Utilisation d’un schéma simplifié de planification (roue de Deming) dans la gestion quotidienne de la FOSA
- Un Coaching (soutien réflexif) lors de l’accompagnement des équipes des CDS
- Le renforcement des standards et normes existants
- Orientation vers les besoins de la population

Elle encourage le développement de l’esprit d’équipe au sein des CDS, la participation active de la communauté à travers le COSA et requiert un leadership et un engagement de toute l’équipe du CDS.

Le cycle du CQ comprend 4 étapes essentielles comme le montre le schéma ci-après



## DEROULEMENT DE LA 3<sup>ème</sup> EDITION DU CONCOURS QUALITE

Tout en observant les mêmes principes et les différentes étapes du cycle d'un concours qualité, la 3<sup>ème</sup> édition sera mise à contribution pour assurer le transfert des compétences en vue de l'autonomie des acteurs clés que sont les ECD et les équipes des CDS. De ce fait une bonne maîtrise des outils et des processus s'avèrent être des préalables.

Ainsi, la 3<sup>ème</sup> édition du CQ sera organisée en 2 séquences vis-à-vis des thématiques qui seront développées.

La première séquence sera concernée par les thématiques PF, SSRAJ et Hygiène. Les aspects de prise en charge des IST et de l'accueil sont inclus dans les thématiques PF et SSRAJ. Cette 1<sup>ère</sup> séquence marquera le début du cycle de la 3<sup>ème</sup> édition du CQ et durera 9 mois.

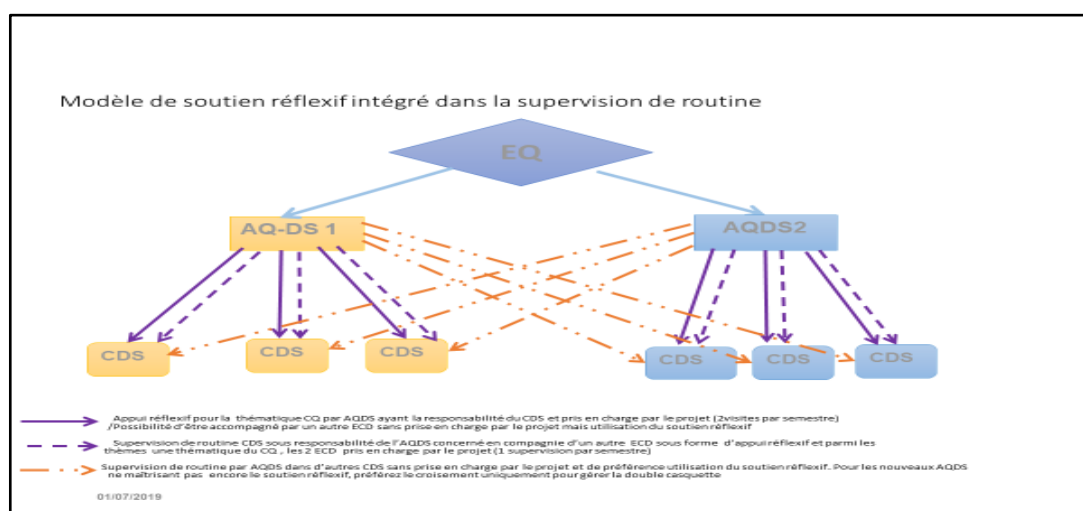
La 2<sup>ème</sup> séquence qui va durer 12 mois couvrira les thématiques de la 1<sup>ère</sup> séquence auxquelles s'ajouteront deux thématiques dont la prise en charge intégrée des VSBG et une thématique qui sera choisie par les acteurs des DS et PS.

A l'issue de la 2<sup>ème</sup> séquence, débutera la dernière étape du cycle de la 3<sup>ème</sup> édition du CQ qui est l'appréciation des progrès réalisées. Celle-ci consistera en une autoévaluation finale par les équipes des CDS pour toutes les thématiques, organisation des visites du jury et une remise des résultats.

L'accompagnement des équipes des CDS dans le processus d'amélioration de la qualité des services pendant la 3<sup>ème</sup> édition du CQ mettra davantage l'accent sur l'adoption, par tous les ECD, du style de supervision dit « participatif » prôné comme style de supervision le mieux adapté et qui correspond au soutien réflexif (coaching des équipes) promu par le concours qualité.

Dans le but de favoriser l'adoption du style participatif lors des supervisions, les membres des ECD non AQDS seront renforcés sur le coaching (soutien réflexif) et seront impliqués dans les visites de soutien.

Ainsi, le soutien des équipes par les ECD (AQ DS et non AQDS) se fera suivant le design ci-après :



## ROLES ET COMPETENCES DES AQDS

Les AQDS seront appelés à accompagner les équipes des CDS dans toutes les étapes du CQ. Comme le style participatif, similaire au soutien réflexif, est le modèle de soutien recommandé dans le cadre de la supervision formative intégrée, les AQDS veilleront à utiliser ce modèle de soutien, qu'ils soient seuls ou qu'ils soient en mission de supervision conjointe avec leurs collègues non AQDS. Ceci dans le but de faire acquérir tous les membres des ECD cette bonne pratique d'encadrement des équipes des CDS.

En tant que coachs, les rôles des AQDS consisteront essentiellement à être :

- (i) Formateur,
- (ii) (ii) Animateur ,
- (iii) (iii) Facilitateur ,
- (iv) (iv) Rapporteur

Pour permettre aux AQDS de jouer leurs rôles professionnels, une liste de compétences requises à cet effet est décrite dans le tableau 1 ci-dessous.

Aussi des tâches que les AQDS sont appelées à accomplir à chaque étape du cycle du concours qualité sont inventoriées dans le tableau 2 et des documents de référence sont indiqués

**Tableau 1: Rôles et compétences requises à toutes les étapes**

| Rôles des AQ DS                       | Compétences requises                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Être formateur</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Amener les équipes de CDS à maîtriser le processus d'amélioration de la qualité               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amener les équipes à maîtriser les du CQ</li> <li>▪ Aider les équipes à réaliser leur AE</li> <li>▪ Aider les équipes à établir leur PA</li> <li>▪ Amener les équipes des CDS à maîtriser les thématiques du CQ (PF, SSRAJ, PEC des IST, Accueil, Hygiène et VSBG)</li> <li>▪ Aide les équipes à faire l'Intégration de la roue de Deming dans la gestion quotidienne</li> </ul> </li> <li>✚ Identifier les besoins en renforcement de compétence</li> <li>✚ Connaître les approches pédagogiques de renforcement continu des compétences des équipes des CDS selon les besoins identifiés.</li> <li>✚ Savoir reconnaître les situations propices à l'apprentissage</li> <li>✚ Assurer le suivi et la progression des équipes</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Être facilitateur et animateur</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Faire preuve de discernement et de jugement pour apprécier la situation- problème dans laquelle il se trouve :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifier les éléments sur lesquels on peut agir et ceux sur lesquels on ne peut pas agir et mobiliser une ressource externe lorsque requis (Savoir quand faire appel à son supérieur et/ou partenaires et/ou pairs).</li> <li>▪ Mobiliser une ressource externe lorsque requis (Savoir quand faire appel à son supérieur et/ou partenaires et/ou pairs)</li> </ul> </li> <li>✚ Faciliter et soutenir l'émergence d'idées dans une dynamique positive et motivante :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Savoir synthétiser et rapprocher des idées différentes pour les restituer et faire émerger un consensus de groupe</li> <li>▪ Reconnaître les efforts et les compétences des membres des équipes, favoriser l'autonomie</li> <li>▪ Être capable d'introduire, de valoriser le CQ afin de favoriser l'adhésion, l'appropriation et le sentiment d'utilité du CQ.</li> <li>▪ Identifier les éléments motivants pour le groupe et être une force d'inspiration et de créativité</li> </ul> </li> <li>✚ Être un leader perceptif :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être à l'écoute et observer les attitudes des équipes, faire preuve d'humilité</li> <li>▪ Valoriser et renforcer positivement le groupe en reconnaissant les efforts et les compétences des membres des équipes en vue de favoriser leur autonomie dans la prise de décisions.</li> <li>▪ Respecter la dignité des membres de l'équipe indépendamment des catégories</li> <li>▪ Être attentif aux intérêts spécifiques et aux relations de pouvoir pour comprendre les dynamiques de groupe.</li> </ul> </li> <li>✚ Être capable d'organiser une discussion de groupe :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préparer et animer une réunion autour de la démarche qualité</li> <li>▪ Ecouter activement les participants et encourager la participation de tous</li> <li>▪ Créer une dynamique où le groupe est autonome</li> <li>▪ Stimuler la production (motiver la parole, créer une ambiance favorable et installer un climat de confiance, utiliser les techniques de production...)</li> <li>▪ Synthétiser la discussion et les décisions prises</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Être rapporteur</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Rendre compte de l'évolution de la mise en œuvre à travers les outils de rapportage.               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documenter toutes les informations pertinentes sur le déroulement de la visite</li> <li>▪ Rédiger les rapports de visite le plus tôt possible et les transmettre aux concernées dans les délais</li> <li>▪ Partager les rapports de visites à ses collègues ECD</li> <li>▪ Exploiter les rapports des visites antérieures et tirer des leçons pour les visites ultérieures</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**Tableau 2: Tâches des AQDS et outils selon les étapes du CQ**

| Etapes du CQ                                                       | Tâches                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Outils de référence                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Auto évaluation et planification des mesures d'amélioration</b> |  Maintenir le contact permanent avec les équipes des CDS pour se rassurer que le processus d'auto évaluation se déroule comme prévu<br><br> Effectuer une visite aux équipes des CDS pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'assurer que l'auto évaluation a été faite en équipe,</li> <li>▪ S'assurer de la compréhension des outils du CQ par l'équipe du CDS</li> <li>▪ Aider l'équipe à voir si les niveaux de qualité qu'elle s'est fixée sont objectivés par la situation réelle du CDS sur base des arguments fournis par l'équipe elle-même.</li> <li>▪ Aider l'équipe à revoir si les mesures d'amélioration proposées sont en adéquation avec les causes et sont réalistes et réalisables.</li> <li>▪ Aider l'équipe à établir un plan consensuel de mise en œuvre des mesures d'amélioration.</li> <li>▪ S'assurer que les besoins en formation des membres de l'équipe ont été pris en compte dans le plan d'amélioration.</li> </ul>  Documenter/rapporter toutes les informations pertinentes sur le déroulement de la visite | Les grilles d'auto évaluation pour toutes les thématiques<br><br>Le plan d'amélioration<br><br>La fiche de suivi des visites des CDS |
| <b>Mise en œuvre des mesures d'améliorations</b>                   |  Effectuer des visites de soutien au moins une fois les 2 mois aux équipes des CDS pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Echanger avec l'équipe sur l'état de réalisation des mesures planifiées, progrès, les difficultés et les contraintes rencontrées</li> <li>▪ Apprécier avec l'équipe la significativité des changements.</li> <li>▪ Faciliter l'équipe à réfléchir sur les voies de solutions en cas de besoin</li> <li>▪ Identifier avec les équipes, les besoins en renforcement continu des capacités et apprécier les approches adaptées pour répondre à ces besoins</li> <li>▪ Aider l'équipe à réajuster le plan d'amélioration en cas de besoin.</li> <li>▪ Aider l'équipe à apprécier les progrès réalisés</li> </ul>  Documenter/rapporter toutes les informations pertinentes sur le déroulement de la visite                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Plan d'amélioration<br><br>Roue de Deming<br><br>Fiche de suivi des visites                                                          |
| <b>Appréciation des progrès</b>                                    |  Aider les équipes à se préparer à la visite du jury : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aider l'équipe à déterminer objectivement les niveaux de qualité atteints avec des arguments précis</li> </ul>  Aider l'équipe à apprécier les progrès réalisés                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Résultats de l'auto évaluation de départ<br><br>Auto évaluation après 1 <sup>ère</sup> séquence ou fin cycle                         |

## LES OUTILS TECHNIQUES DE L'AQDS

Pour faciliter le travail de l' AQDS, des fiches techniques seront mis en sa disposition notamment une fiche technique sur la discussion de groupe, une fiche technique sur l'appui réflexif, fiche de suivi des visites des CDS.

### **L'animation d'une discussion de groupe**

Une des tâches importantes de l'AQ DS est d'animer des discussions au sein des CDS. Ces discussions se déroulent entre les membres de l'équipe autour des thématiques du CQ ou un autre sujet en rapport avec l'amélioration de la qualité.

### **La fiche de suivi de visite**

C'est un outil de communication qui permet de documenter toutes les informations pertinentes sur le déroulement de la visite. Il permet le partage des informations entre les AQDS mais aussi entre AQ DS et EQ.

Il permet aussi le suivi de la progression individuelle de chaque CDS et d'avoir une vision globale de tous les CDS accompagnés par l' AQDS. Pour faciliter la collecte des informations contenues dans la fiche, celle-ci sera configurée dans une tablette qui sera mise à la disposition de chaque AQDS.

Les informations collectées sont alors envoyées à l'expert qualité immédiatement à la fin de la visite par voie électronique. Dans un premier temps l'EQ procèdera à l'analyse en vue d'un feedback immédiat si nécessaire. Dans un deuxième temps il procèdera à l'exploitation des informations pour des actions conséquentes et enverra ces informations au projet via la cellule chargée du suivi-évaluation.

L'AQDS dispose également d'un ordinateur portable qui lui permettra d'importer les informations collectées à l'aide de la tablette pour procéder à l'analyse et l'exploitation en vue des actions conséquentes. A cet effet, tout AQDS pourra bénéficier d'un renforcement de capacités sur les logiciels Excel et Epi info.

---

## Soutien du Projet aux Districts Sanitaires

Le projet va apporter une assistance technique pour le renforcement continu des capacités des Assistants Qualité et des équipes des CDS participant au Concours qualité.

A cet effet, des Experts Qualité basés au niveau des provinces sanitaires vont appuyer les AQDS à toutes les étapes du processus.

Ces Experts Qualité auront comme rôle :

- Accompagner les AQDS pendant tout le processus de mise en œuvre de l'approche  
Maintenir le contact avec les AQDS à travers un soutien proactif (appel téléphonique, réunion d'échange avec collègues, feedback, ...)
- Assurer le renforcement continu des compétences spécifiques des AQDS et des autres ECD en cas de besoin.
- Appuyer les AQDS pour le renforcement des capacités des équipes des CDS, selon les besoins identifiés et selon la nécessité
- Echanger régulièrement avec les AQDS sur l'évolution de la mise en œuvre de l'approche à travers des outils de monitoring
- Collaborer avec les districts sanitaires pour l'organisation des réunions d'échanges d'expériences entre les CDS participants

## ANNEXES

### Fiche technique: Animation d'un groupe de discussion

#### Objectifs

Faire produire la parole par le groupe, sans la produire soi-même et en veillant à la participation de tous.

Aider le groupe à prendre une décision ou à résoudre un problème sans apporter la solution soi-même.

#### Préparation de la rencontre

Informar :

- Informer les participants de la date et de l'heure, que tous sont bienvenus, de l'objectif de la discussion...

Préparer :

- Des questions introductives : très simples, un sujet qui s'aborde facilement même si les personnes ne se connaissent pas ou sont intimidées (ex : Présentation des participants)
- Des questions de fond : il s'agit du cœur des discussions.
- Une question finale, permet de clôturer la discussion.

#### Déroulement : quelques règles simples

##### • Début de la discussion

- Veiller à l'environnement et la disposition de chacun avant de commencer : chercher une salle au calme, placer les sièges en cercle, s'assurer que les participants ne seront pas dérangés et qu'ils sont disponibles (par exemple qu'ils n'ont pas une autre urgence en tête).
- Introduire la discussion en rappelant les objectifs et les consignes (précisez notamment **l'heure de la fin de la discussion**)
- Lancer la discussion avec des questions introductives

##### • Pendant la discussion : animer = agir + observer

- Rester neutre, veiller au bon climat des échanges
- Observer la dynamique du groupe, le non-verbal, le non-dit, les regards...
- distribuer la parole, faciliter les échanges, relancer la discussion si besoin
- Eviter si possible que la discussion oscille entre divers sujets : regrouper les sujets et rester cohérent.

##### • Clôturer la discussion :

- Faire une synthèse qui reprend les principaux points de la discussion et demander aux participants de corriger
- Demander à chacun ce qui était le plus important pour lui/elle et son avis sur la discussion

#### Consignes aux participants

##### 1- L'expression claire:

- Parlez clairement et franchement
- Répondez à l'un ou à l'autre directement, sans attendre l'autorisation de l'animation
- Mais n'interrompez pas quelqu'un qui parle
- Ne vous adressez pas à plusieurs personnes à la fois

##### 2- La liberté d'expression :

- Toute proposition a sa valeur, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
- Les idées alternatives et contraires sont bienvenues et même attendues

##### 3- Le respect de l'échange :

- Éteindre téléphone portable, ordinateur...
- Si l'on doit sortir pour une urgence, essayer de ne pas perturber le groupe

L'heure de fin est fixée d'avance : si la discussion n'est pas finie à ce moment, elle sera reprise la prochaine fois

### Règles pour l'animation

- Des questions ouvertes, simples, réduites au maximum. Il vaut mieux plusieurs questions simples qu'une longue question soulevant divers aspects.
- Ecouter patiemment et chercher à comprendre ce que dit le participant sans essayer de le corriger. Essayer de vous mettre à sa place et de comprendre chaque point de vue.
- Inviter le participant à clarifier, expliquer davantage.
- Soutenir l'expression de tous dans la bienveillance, sans jugement.
- Rester souple dans le scénario prévu et l'ordre des questions tout en cadrant la discussion.
- Faire attention aux asymétries de pouvoir et d'expression. Chercher à ce que tout le monde s'exprime.
- **Attention au langage corporel !** Montrer l'attention que vous portez avec votre corps (se pencher vers la personne qui parle, hocher la tête, etc.).
- **Le regard est très important :**
  - regardez la personne qui parle, si vous voulez l'encourager
  - regardez la personne dont vous souhaitez la prise de parole
  - regardez d'autres personnes et celle qui parle se tournera naturellement vers là aussi
  - **regardez** en haut/bas ou dans le vide lors des moments de silence, pour inciter quiconque de prendre l'initiative
  - regardez le moins possible vos notes.
- Vous pouvez prendre quelques notes, de temps en temps, pour vous rappeler des éléments importants qui ont été échangés : cela montre que vous portez attention à ce qui est dit et vous aidera à faire une synthèse à la fin. Mais attention à ne pas tout noter, tout le temps : choisissez les 5-6 éléments qui vous semblent les plus importants de la discussion

### Techniques d'animation

#### Produire la parole

- Tour de parole pour une question simple, où il n'y a pas d'enjeu
- Silence actif : laisser du temps au groupe de réfléchir à la question et laisser le silence provoquer la parole
- Demande de précision : « *Pouvez-vous me donner des exemples ?* », « *Pouvez-vous m'en dire plus ?* » ; « *Qu'est-ce qui vous fait penser à ça ?* » ; « *A quoi pensez-vous ?* »...
- Relance : « *Vous étiez en train de parler de...* »
- Partage d'émotion « *Moi aussi je suis intéressé par cette question* »

**Confirmer ce qui est dit :** Reformuler, clarifier, confronter les avis, faire une synthèse...

#### Orienter la discussion :

- Recentrer la discussion ou au contraire sortir des points de détails et élargir le point de vue
- Mettre en parallèle (des situations, des propos...)
- Utiliser des associations d'idées « *ça me fait penser à...* »

## Fiche Technique: Appui réflexif

**Objectif de la réflexivité** : renforcer les compétences des équipes en analyse de situation, en planification et mise en œuvre d'actions afin promouvoir l'autonomie dans la résolution des problèmes de leur centre de santé.

La réflexivité vise la transformation collective des représentations, des pratiques et des savoirs.

### Posture :

- Les experts de la situation, des actions possibles et souhaitables sont les personnes qui travaillent au CDS (et non pas quelqu'un venu de « l'extérieur »). Il s'agit d'encourager les équipes à se rendre compte de ce qu'elles savent.
- Le soutien réflexif consiste à aider les équipes à réfléchir par elles-mêmes et pour elles-mêmes afin d'identifier les problèmes prioritaires ainsi que les solutions souhaitées et réalistes (et non pas de faire cette identification de problèmes ou de solutions à leur place).

### Qualité du soutien réflexif :

- Le facilitateur est neutre. Il pose des questions (et peu d'affirmation) pour aider les équipes à cheminer dans leur résolution de problème. Il n'apporte que peu de réponses et sait aussi dire « je ne sais pas... qu'en pensez-vous ? ».
- Il alimente et encourage une vision critique tout en restant positif. Il met en débat ce qui « va de soi » et dérange souvent les habitudes si elles ne sont pas justifiées par des arguments convaincants.
- Pour favoriser la réflexivité du groupe, le facilitateur est lui-même réflexif. Il doit d'abord savoir se remettre en question lui-même : qu'est-ce que j'ai fait, ou n'ai pas fait, pour que cette situation arrive ? Il doit être engagé à la fois dans sa propre transformation mais aussi celle de son institution, de son groupe.
- Qualités à promouvoir : neutralité, honnêteté, bienveillance....

### Outils de la réflexivité

- Le groupe !
  - On est plus intelligent et plus fort à plusieurs : les idées seront plus riches, les énergies plus nombreuses, les forces plus diverses quand on travaille en groupe.
  - Le groupe est aussi la source de la reconnaissance et du réconfort qui permet d'être satisfait et motivé dans les efforts.
- Les outils du CQ sont des supports pour la réflexion et la discussion.
  - L'auto-évaluation est la première étape de la démarche réflexive : savoir se situer objectivement.
  - Le plan d'amélioration permet de programmer les changements mais aussi de discuter par après de ce qui a pu effectivement être fait ou non et pourquoi.
- La communication et l'interpellation constructive : le questionnement, l'appel à témoignage, les techniques d'animation de groupe.

**Les étapes de la réflexivité :**

- La description : tenter de **saisir la situation** dans sa globalité, en intégrant toutes les subjectivités, tous les points de vue.
- L'interprétation : tenter de **donner du sens** à une situation en la questionnant, en cherchant à identifier les rôles de chacun – y compris le sien.
- La critique-régulatrice : le groupe envisage des alternatives aux solutions qu'il propose, entrevoit des aménagements, définit des exigences envers lui-même

**Fiche de suivi de visite des CDS par l' AQDS**

**1. IDENTIFICATION DU CDS**

Province sanitaire de : .....

District sanitaire de : .....

CDS de : .....

Type du CDS : Public                      Confessionnel    Associatif    Privé

**2. INFORMATIONS GENERALES :**

Nom de l'AQDS :

Nom de l'autre ECD :

Nom de l'EQ (visite accompagnée) :

Date de la visite :

Heure d'arrivée au CDS : .....

Heure de début de la réunion.....

Heure de fin de réunion : .....

**3. THEMATIQUES/THEMES DE LA VISITE DE SOUTIEN**

Thématique Concours qualité :

Autre thème (si visite de soutien réflexif avec autre ECD) :

**4. OBJECTIFS PAR THEME DE SUPERVISION REFLEXIVE**

Les objectifs de la visite de supervision sont déterminés sur base du plan d'amélioration du CDS

| Thèmes | Objectifs de la supervision réflexive |
|--------|---------------------------------------|
|--------|---------------------------------------|

|   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | 1.1<br>1.2<br>1.3 |
| 2 | 2.1<br>2.2<br>2.3 |

## 5. DEROULEMENT DE LA VISITE

### 5.1 Etat des lieux des engagements pris lors de la dernière visite de supervision

| Thème | Engagements pris    | Etat de réalisation | Commentaire |
|-------|---------------------|---------------------|-------------|
|       | Par l'équipe du CDS |                     |             |
|       |                     |                     |             |
|       |                     |                     |             |
|       | Par l'AQDS/ECD      |                     |             |
|       |                     |                     |             |
|       |                     |                     |             |

### 5.2 Points forts et points à améliorer par rapport aux objectifs de la supervision

| Thèmes | Objectifs de supervision | Changements opérés | Changements nécessitant un réajustement |
|--------|--------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
|        |                          |                    |                                         |
|        |                          |                    |                                         |

### 5.3 Dynamique et dynamisme de l'équipe

#### Personnel du Centre de santé ayant participé à la supervision

| Catégorie | Effectif total | Nombre de participants à la réunion | Observations (départ, arrivée) |
|-----------|----------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|           |                |                                     |                                |

|                                  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|
| Titulaire/Titulaire adjoint      |  |  |  |
| Infirmiers                       |  |  |  |
| Laborantin                       |  |  |  |
| TPS                              |  |  |  |
| Aide-soignant                    |  |  |  |
| Travailleurs, gardiens et autres |  |  |  |
| Gestionnaire, caissière          |  |  |  |
| COSA                             |  |  |  |

 **Dynamisme de l'équipe /racines:**

- type de participation par catégorie : actif, passif, intervention sur interpellation
- esprit d'équipe : rôles connus, répartis entre membres de l'équipe, valorisation de tous les membres de l'équipe, expression libre, entente, transparence, partage de l'information
- leadership : responsable de l'équipe paraît comme modèle, est disponible, motivé et motive l'ensemble de l'équipe, délègue les tâches, écoute les autres, est favorable pour la réalisation des mesures planifiées , encourage la prise d'initiatives,
- engagement : décision libre et consensuelle pour les efforts à fournir en vue de faire progresser le CDS, prise d'initiatives, plaisir de bien faire, disponibilité
- Participation communautaire : présence des membres du COSA, contribution à l'autoévaluation, au plan d'amélioration, partage des informations avec les autres membres du COSA, initiatives

| Éléments à observer                 | Observations faites | Autres commentaires |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Type de participation par catégorie |                     |                     |
| Esprit d'équipe                     |                     |                     |
| Leadership                          |                     |                     |
| Engagement                          |                     |                     |
| Participation du COSA               |                     |                     |

### 5.3 Engagements pris à l'issue de la visite de supervision

| Thème | Engagements pris | Responsable<br>(CDS, AQDS/ECD) | Echéance |
|-------|------------------|--------------------------------|----------|
|       |                  |                                |          |
|       |                  |                                |          |
|       |                  |                                |          |
|       |                  |                                |          |

#### 5.4 Date et objectifs convenus pour la prochaine vite de supervision

#### 6. BESOINS EN FORMATION DU PERSONNEL

- *Les formations à demander aux programmes*
- *Les formations à demander aux points focaux*
- *Les formations à faire par l'ECD elle-même*



## **IV-5 Visite réflexive observation participante**

## Fiche technique : Observation participante et appui réflexif

### Objectifs

Comprendre l'autre par le partage d'une condition commune, en participant à l'activité du groupe ou de membres et en se faisant accepter par le groupe.

Vivre une situation avec l'équipe pour mieux pouvoir l'accompagner dans la recherche d'une solution.

### Règles pour l'observation participante

- Il s'agit de **partager l'expérience** du groupe, de la vivre comme lui. Il n'y a donc **pas de position de supériorité**. Au contraire, l'observateur a tout à apprendre et à comprendre. Il faut donc **rester neutre**. C'est aussi un exercice qui vous demandera une **attention soutenue**.
- Vos compétences médicales ne seront pas forcément mise directement à contribution – même si elles vous permettront de comprendre les choses. Le grand défi pour vous sera de **mettre de côté ce que vous savez**, pour vous mettre dans une position où vous apprenez de l'équipe. Par exemple, vous éviterez de donner votre avis mais chercherez plutôt à savoir ce qu'il se passe et pourquoi cela se passe comme ça, **sans jugement** (ni positif, ni négatif).
- L'objectif étant de comprendre ce qui se passe habituellement, il faut le plus possible s'inscrire **dans une activité « naturelle »** et essayer de la perturber le moins possible. Cela **demande du temps et de la confiance** pour que les équipes vous accordent une place et vous laissent « voir » des choses qu'ils n'ont pas forcément envie de révéler à un inconnu. Il faut garder en tête que l'observateur est toujours un « intrus », dont la présence modifie les comportements et activités, surtout si sa présence est vécue comme un contrôle du travail.
- Votre participation/observation doit être **négociée avec l'équipe** : il ne s'agit pas de tout regarder mais seulement un point où votre observation neutre pourrait les aider. Il faut donc parler rapidement de cette méthode à l'équipe pour qu'elle puisse d'elle-même en faire la demande quand elle en ressentira le besoin. C'est l'équipe qui vous dira où/quoi regarder (même si vous pouvez aussi donner votre avis, il est important qu'au final ce soit les agents des CDS qui décident). Il peut aussi s'agir de juste « donner un coup de main » à un moment où l'équipe en a besoin et vous le demande. Dans ce cas, il peut s'agir d'activités qui ne requièrent pas vos compétences médicales – et c'est d'ailleurs préférable. Cela peut-être par exemple d'accompagner un patient au laboratoire, de remplir des registres, de calmer une situation etc.
- **Inférer le moins possible** dans la vie du CDS : pas de prise de position, d'encouragement, de jugement, ... Vous pouvez poser des questions mais en veillant à ne pas interrompre l'activité (si besoin noter votre question que vous poserez plus tard).
- **Adopter plusieurs points de vue, surtout ceux dont vous n'avez pas l'habitude** : plutôt que de suivre un infirmier, pourquoi ne pas aller voir le gardien ? ou suivre un groupe de patient comme si vous étiez avec eux ?

### Ce que l'on peut observer

- Les personnes (membres de l'équipe et patients): comportements et attitudes (gestes, postures, déplacement, indices émotionnels, regards), les interactions entre personnes
- Les tâches : leur enchaînement, l'organisation du travail, le temps (changement de rythme, temps accordé à une tâche, ...), les variations, les circuits (par exemple le circuit de patient)...
- L'activité et ses résultats : erreurs, (in)satisfaction des patients, éléments facilitant, les inattendus et comment ils sont gérés...
  - ⇒ On ne peut pas tout observer à la fois : l'essentiel se passera « derrière vous ». Il faut donc rester modeste sur l'étendue de ce que vous pensez avoir vu et le compléter avec une discussion d'équipe

## Après l'observation

1- **Noter** les éléments observés

2- **Organiser une discussion** de groupe sur ce qui c'est passé (si possible le même jour, sinon très très rapidement après) :

- poser des questions afin d'affiner votre compréhension des situations vécues, demander à l'équipe de compléter ce que vous avez vu
- rester neutre, ouvert
- chercher à comprendre sans juger (les choix fait par les êtres humains sont le plus souvent très raisonné : même pour les situations où vous pensez, à priori, ne pas partager le point de vue de l'équipe, il est primordial de chercher avant tout à comprendre les raisons de ce choix)
- il est hasardeux de donner conseil à l'improviste. Il est préférable de se donner du temps pour réfléchir à ce que vous avez vu, affiner votre compréhension par des questions et le recul. Dans tous les cas, ne donnez votre avis que quand on vous le demande explicitement. En effet, les « conseils » non demandés sont souvent vite oubliés ! Tandis que vous pouvez efficacement aider les équipes en les orientant par petites touches, par exemple en leur posant des questions auxquelles ils n'ont pas réfléchi avant.

## Différences entre supervision de contrôle et appui réflexif

Exemple autour de l'hygiène : une situation

- l'équipe se côtoie au maximum du critère « hygiène et sécurité »
- mais vous avez constaté différents points à améliorer (par exemple des nids de guêpes, des points d'eau stagnantes...)

| Supervision de contrôle                                                                                                                                                                                             | Appui réflexif                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vous faites une visite                                                                                                                                                                                              | Vous vous basez avant tout sur ce que vous dit l'équipe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Vous contrôlez un certains nombre de points pré-établis                                                                                                                                                             | Vous laisser l'équipe décider des points qui lui semblent important à respecter                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Vous communiquer à l'équipe les points non-atteints (les problèmes) et les mesures à prendre (les solutions)</p> <p>Par exemple, ici, vous diriez « les nids de guêpes sont dangereux, il faut les enlever »</p> | <p>Vous laisser l'équipe avancer dans sa compréhension en lui posant des questions qui pourront l'orienter.</p> <p>Par exemple, dans ce cas, vous demanderiez à l'équipe quels sont les différentes sources d'un manque d'hygiène. En les aidant, ils identifieront sûrement les insectes et animaux. Vous pourrez alors valider avec eux que la présence d'insectes est à éliminer.</p> |
| Vous vérifiez à la visite suivante que vos recommandations ont été suivies                                                                                                                                          | <p>A la visite suivante, vous demandez qu'est ce qui a changé ou pas, pourquoi, comment.</p> <p>Vous discutez avec l'équipe des difficultés qu'elle rencontre sans forcément vérifier ce qu'elle a effectivement fait.</p>                                                                                                                                                               |

