

Théorie du changement de la mise en capacité dans le cadre de l'approche intégrée de management de la qualité (3^{ème} 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 :

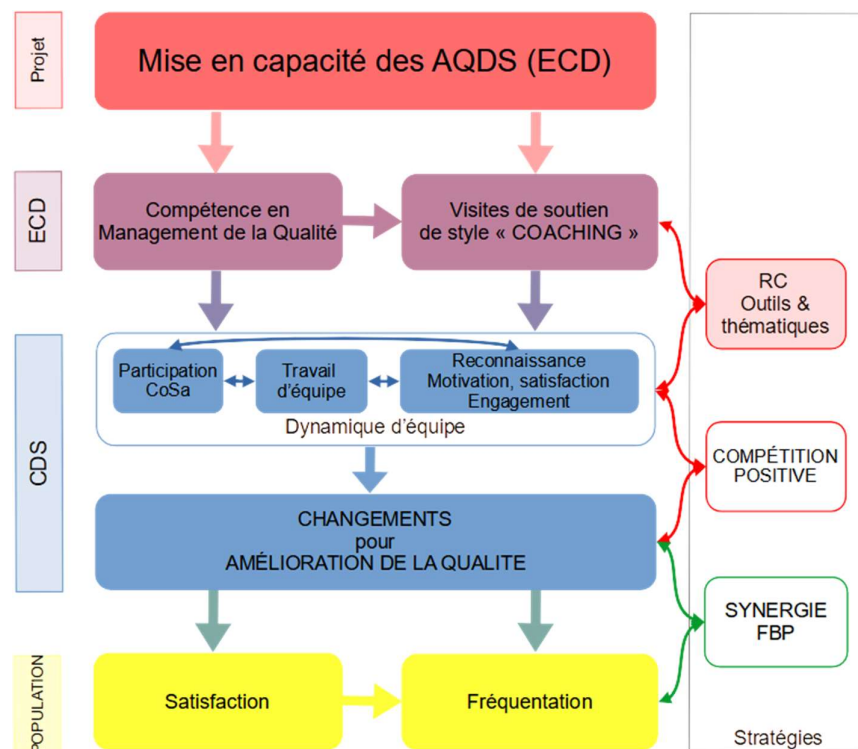
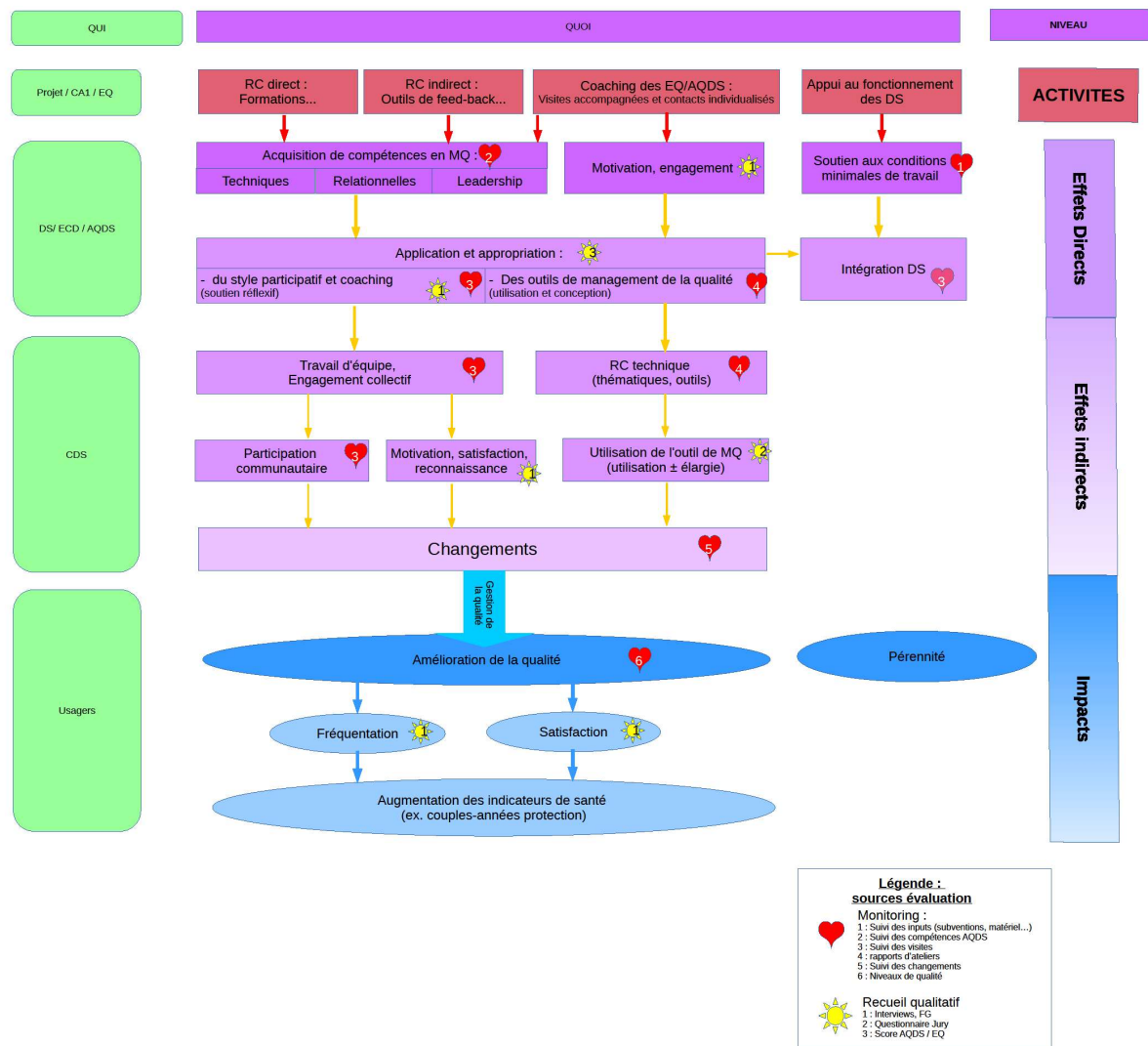


Figure 1: Théorie générale du changement dans l'approche CQ (version synthétique)

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^{ème} 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^{ère} phase de l'intervention, les primes FBP permettent de financer de nouveaux changements, dans une dynamique positive d'investissement dans la qualité.