



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



UCSF Global Health
Sciences

CUNY
SPH GRADUATE SCHOOL OF
PUBLIC HEALTH & HEALTH POLICY

URC

USAID'S HEALTH EVALUATION AND APPLIED RESEARCH DEVELOPMENT (HEARD) PROJECT

L'APPROCHE DE LA GESTION ET DE LA RECONNAISSANCE BASÉES SUR LES NORMES (SBM-R) EN GUINÉE : PROCESSUS, RÉSULTATS ET POSSIBILITÉ DE REPRODUCTION

Une étude de cas réaliste

OBJET

Dans le cadre de l'évaluation finale des performances du projet Haute qualité des services de Santé pour le Développement (HSD) de l'USAID Guinée, une étude de cas de l'approche d'amélioration de la qualité par la gestion et la reconnaissance basées sur les normes (SBM-R) a été demandée pour explorer en détail la mesure dans laquelle elle a conduit à des améliorations de la qualité des services de santé. Plus précisément, cette étude de cas vise à mettre en lumière les facteurs sous-jacents d'amélioration de la qualité des services et le potentiel de reproduction, d'extension et de durabilité de cette approche.

CONTEXTE

Au lendemain de l'épidémie d'Ebola de 2014-2016, la Guinée a continué à être confrontée à une morbidité et une mortalité maternelle et infantile inacceptablement élevées.¹ Le projet HSD de l'USAID Guinée a mis en œuvre l'approche SBM-R pour faire progresser l'amélioration de la qualité des services de santé. Fin 2019, le HSD avait déployé le SBM-R dans 97 structures dans les régions de Boké, Conakry, Faranah, Kankan, Kindia, Labé et Mamou. Développée et perfectionnée par Jhpiego, la SBM-R est une

approche de gestion proactive et pratique visant à améliorer la performance, la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services dans les structures de soins de santé, qui a été soutenue par les programmes de santé successifs financés par l'USAID et dirigés par Jhpiego en Guinée depuis 2009 avec le lancement du Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP)¹. La SBM-R est un système d'évaluation comparative de la qualité basé sur des listes de contrôle par lequel le personnel, les gestionnaires et les partenaires communautaires ciblent les améliorations de la qualité des services de santé et l'environnement favorable dans trois domaines principaux : les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), la planification familiale (PF) et la prévention et le contrôle des infections (PCI). Dans cette approche, les structures de santé ciblées mettent en œuvre et contrôlent les normes de performance dans les trois domaines afin d'améliorer leur respect des protocoles cliniques et de gestion nationaux de manière intégrée. En 2018, le HSD a tenté d'élargir les critères pour y inclure des éléments de gouvernance clinique.

Les structures participant au processus de SBM-R procèdent régulièrement à des auto-évaluations de leur disponibilité de service et de leurs normes de performance. Une fois que les résultats de l'évaluation

¹ Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile, MCHIP (2009 to 2014). Maternal Child Survival Project / Health Systems Strengthening (2016-2018) ; Health Services Delivery Activity (2015 to 2020)

Janvier 2021

Le programme Evaluation de la Santé et Développement de la Recherche Appliquée (HEARD) est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) dans le cadre de l'accord de coopération numéro AID-OAA-A-17-00002. L'équipe du projet comprend le principal bénéficiaire, University Research Co., LLC (URC), et des organisations sous-bénéficiaires.

interne répondent aux critères minimums, un comité national de validation dirigé par le ministère de la santé (MS) vérifie les résultats en externe. Les structures qui satisfont à un score moyen minimum de 80 % des normes sont accréditées par une étoile d'or lors d'une cérémonie publique, ce qui signifie que la structure fournit des services de qualité. Les structures peuvent obtenir une deuxième étoile en répondant à 86 % des normes. Lorsque les structures ne maintiennent pas leurs performances, il est possible de perdre une étoile pour de mauvaises performances ; toutefois, les évaluations externes ne sont pas effectuées de manière systématique, elles sont réalisées à la demande de la structure. Généralement, la SBM-R s'accompagne d'autres interventions visant à améliorer les performances et l'environnement de travail des prestataires, notamment des améliorations des infrastructures, une formation en cours d'emploi et une supervision de soutien. La SBM-R et le projet HSD sont complétées par un projet de gouvernance plus large de l'USAID Guinée (Participation des citoyens à la gouvernance de la santé ; FHI 360) qui comprend des efforts pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et finalement l'utilisation des services de santé et la réduction de la mortalité.

Dans le cadre de l'évaluation finale des performances du projet HSD de l'USAID/Guinée, une étude de cas de la SBM-R a été demandée pour explorer en détail l'approche de la SBM-R et la mesure dans laquelle elle conduit à des améliorations de la qualité des services de santé. Plus précisément, l'étude de cas vise à faire la lumière sur les facteurs sous-jacents d'amélioration de la qualité des services et sur le potentiel de reproduction, d'extension et de durabilité de cette approche.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE DE CAS

L'étude de cas utilise à la fois des données qualitatives et quantitatives (primaires et secondaires) recueillies au niveau national, des structures de santé et des communautés pour l'évaluation du projet HSD.

La principale évaluation a porté sur un échantillon ciblé de dix hôpitaux et de 26 centres de santé, en veillant à ce que les hôpitaux du ministère de la santé sélectionnés comprennent cinq hôpitaux très performants et cinq hôpitaux peu performants dans le cadre de la SBM-R², dont trois dans des districts très peuplés et deux dans des districts moins peuplés³, et à ce que le moment de l'entrée dans le programme de SBM-R soit variable. Les centres de santé de l'échantillon ont été sélectionnés en fonction de leur région, de leurs performances en matière d'activités (SBM-R)⁴, de la durée de leur participation au programme SBM-R, de leur emplacement (urbain et rural) et du volume des services. Ont également été incluses les structures qui ont bénéficié d'améliorations de l'infrastructure et de la réception d'équipements, et qui ont des composantes communautaires actives associées à la structure.

L'échantillon de l'étude de cas de la SBM-R comprenait six structures : deux hôpitaux et quatre centres de santé (CS) avec des caractéristiques variables (performance, volume et moment de l'adoption). Nous avons également cherché à obtenir un certain équilibre régional. Pour répondre à l'intérêt de l'USAID pour une meilleure compréhension des autres facteurs entourant l'adoption/la non-adoption des approches d'amélioration de la qualité dans ce contexte, nous avons inclus deux centres de santé et un hôpital qui n'utilisaient pas la SBM-R. Les centres de santé n'utilisant pas la SBM-R ont tous deux été sélectionnés pour leur volume élevé et la variabilité de leurs performances, en utilisant les indicateurs du HMIS.

Dans toutes les structures incluses dans l'évaluation du HSD, l'équipe d'évaluation a recueilli des données qualitatives par le biais d'entretiens avec des informateurs clés (EIC) et de discussions de groupe dirigées (DGD), et des données quantitatives par le biais d'une liste de contrôle des observations, d'une enquête auprès des prestataires et d'une évaluation des données de suivi et de service.

Dans les six structures de l'étude de cas de la SBM-R, l'équipe a posé des questions supplémentaires concernant

2 Les scores cumulatifs de la plus récente évaluation SBM-R des hôpitaux ont été utilisés pour déterminer les performances, avec des scores de 0,87 ou moins, classés comme moins performants et des scores de 0,88 ou plus comme plus performants.

3 Les structures de santé desservant des zones peuplées ont été déterminés en fonction du volume de services - niveau de services de maternité offerts par mois

4 Les scores cumulatifs de la dernière évaluation SBM-R des centres de santé ont été utilisés pour déterminer les performances, avec des scores de 0,86 ou moins classés comme moins performants et des scores de 0,87 ou plus comme plus performants

Tableau 1 : Demande de services de santé, enquête démographique et sanitaire en Guinée (2012-2018)

Structure	Réalisation de la SBM-R	Volume	Entrée dans le programme SBM-R
Centres de Santé			
CS de Boffa	Plus faible	Plus faible	Tôt
CS de Mandiana	Plus faible (variable)	Plus forte	Tôt
CS de Wondy	Plus forte	Plus forte	Tôt
CS de Tougué	Plus forte	Plus forte	Plus tard
CS de Lambanyi	-	Plus forte	Ne fait pas la SBM-R
CS de Kakossa	-	Plus forte	Ne fait pas la SBM-R
Hôpitaux			
Hôpital régional de Labé	Plus forte (Variable)		Plus tôt
Hôpital régional de Mamou	Moyen		Plus tard
Hôpital National Ignace Deen	-		A commencé tôt le programme SBM-R mais a abandonné

l'expérience de la structure avec le processus de la SBM-R. Après l'analyse des données, l'équipe a mené des entretiens téléphoniques supplémentaires avec les structures d'étude de cas de la SBM-R afin de clarifier davantage les résultats.

L'équipe d'évaluation a examiné les documents nationaux et infranationaux pertinents. Nous avons inclus des données secondaires dans notre évaluation, notamment des données quantitatives au niveau des programmes et des structures. Le HSD a partagé des bases de données contenant les résultats des auto-évaluations internes et des validations externes pour chaque structure de SBM-R pendant toute la durée de mise en œuvre de la SBM-R par cette structure. Les bases de données contenaient les scores totaux pour chacun des trois domaines (SONU, PF, PCI), et le score composite pour les trois domaines. Ces données ont été analysées pour les 97 structures et pour les six structures faisant l'objet d'une étude de cas afin de mettre en évidence les tendances dans chaque domaine et dans l'ensemble des évaluations.

Questions relatives à l'étude de cas

L'étude de cas de la SBM-R a examiné les problèmes et questions suivants.

- Comprendre le processus de la SBM-R : Comment la SBM-R a-t-elle été mise en œuvre et comment a-t-elle évolué au fil du temps?

- Réalisations et résultats : Quelles sont les réalisations de la SBM-R et quels ont été les résultats (voulus et non voulus) de l'approche SBM-R sur la qualité et l'utilisation des services?
- Découvrir les facteurs de performance internes et externes : Quels sont les principaux facteurs affectant la mise en œuvre et la réalisation des améliorations de performance par le biais du processus SBM-R?
- Appropriation, reproductibilité et durabilité : Dans quelle mesure le gouvernement fait-il preuve de leadership et d'appropriation dans ce processus? Quelles autres approches d'amélioration de la qualité sont utilisées par d'autres partenaires de développement en Guinée ? Comment ce processus peut-il être normalisé pour être utilisé par le gouvernement, les partenaires de l'USAID et les autres partenaires de développement, en particulier lorsque les partenaires de l'USAID opèrent dans les mêmes structures ? Comment les autres partenaires de l'USAID peuvent-ils tirer parti de ces efforts?

Analyse

Une approche réaliste de l'évaluation a guidé l'analyse de l'étude de cas pour explorer le programme SBM-R. Plus précisément, nous avons cherché à répondre à la question de savoir quels mécanismes de l'approche génèrent des résultats de programme et quelles caractéristiques du

contexte affectent le fonctionnement de ces mécanismes. La configuration contexte-mécanisme-résultat est la structure principale de l'analyse réaliste dans la discussion de l'étude de cas.

Limites de l'analyse

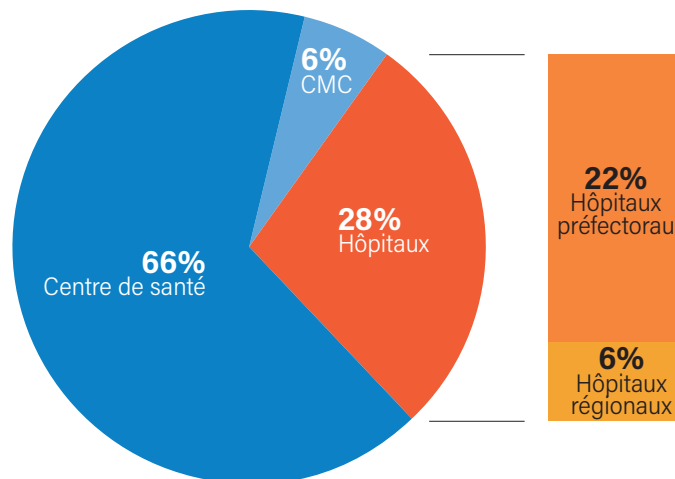
Les structures ont varié dans les critères qui ont été inclus d'une évaluation interne/externe à l'autre et, ce qui signifie que les scores utilisés pour comparer les structures dans cette étude de cas, étaient basés sur des critères similaires mais non identiques. Les structures ont également varié dans le nombre d'évaluations effectuées en raison des différences de dates d'entrée dans le programme de démarrage de la SBM-R et des différences de fréquence d'évaluation d'une structure à l'autre. En conséquence, certaines structures disposent de plus de points de données pour l'analyse, ce qui permet de mieux comprendre les performances et la trajectoire de ces structures par rapport à d'autres qui disposent de moins de points de données. En outre, l'analyse des tendances décrit les performances de la première à la dernière évaluation, en saisissant les évaluations à différents moments (c'est-à-dire que les dates de la première évaluation des structures allaient de 2009 à 2017), dont certaines ont eu lieu pendant la HSD et d'autres avant le début de la HSD. Les évaluations les plus récentes ont été réalisées entre 2009 et 2017, dont certaines ont eu lieu pendant le HSD et d'autres avant le début du HSD. Les résultats de l'enquête sont donc sans rapport avec l'intervention de HSD.

RÉALISATION DE LA SBM-R DANS TOUTES LES STRUCTURES PARTICIPANTES

Engagement

Sur les 272 structures sanitaires soutenues par le projet HSD, 97 (36%) mettent en œuvre le programme SBM-R, dont 64 (66%) centres de santé (y compris les centres de santé urbains et ruraux et les centres de santé "améliorés") ; six (6%) centres médicaux communaux (CMC) ; et 27 (28%) hôpitaux (y compris six hôpitaux régionaux, 21 hôpitaux préfectoraux) (Figure 1).

Figure 1 : Structures soutenues par le projet HSD mettant en œuvre la SBM-R par type



Sur les 97 structures de la SBM-R, 43 ont commencé à mettre en œuvre la SBM-R avant le début du projet HSD, dans le cadre des projets précédents, le Programme intégré de santé maternelle et infantile (PISMI) et le Programme de survie maternelle et infantile (PSMI), avec des évaluations de base entre 2009 et 2014. Dans le cadre du projet HSD, 54 structures supplémentaires ont commencé à mettre en œuvre la SBM-R, avec des évaluations de base entre 2016 et 2018 ; atteignant presque l'objectif global de 98 structures sanitaires fixé par le projet HSD.

Nous avons examiné le niveau d'engagement des structures au cours des deux dernières années de données disponibles (d'octobre 2017 à septembre 2019) en utilisant le nombre d'évaluations de la SBM-R effectuées par les structures comme indicateur de l'engagement dans l'approche de la SBM-R⁵. Les structures visaient des auto-évaluations trimestrielles, de sorte qu'une adhésion parfaite sur deux ans se traduirait par huit notes d'évaluation sur cette période. Les structures ont effectué de zéro à huit évaluations (voir la Figure 2), la plupart d'entre elles - près de 70 % - n'ayant obtenu que quatre ou moins.

Près de la moitié des structures sanitaires (47%) ont fait l'objet de trois évaluations ou moins entre 2017 et 2019 et ont été considérées comme peu engagées (46 au total : 31 centres de santé et 15 hôpitaux). Une proportion plus élevée de structures à Kankan, Boké et Faranah ont été

5 Data on SBM-R assessment scores included self-assessment and external assessment scores.

Figure 2 : Nombre de structures sanitaires ayant fait l'objet d'une évaluation SBM-R entre Octobre 2017 et Septembre 2019

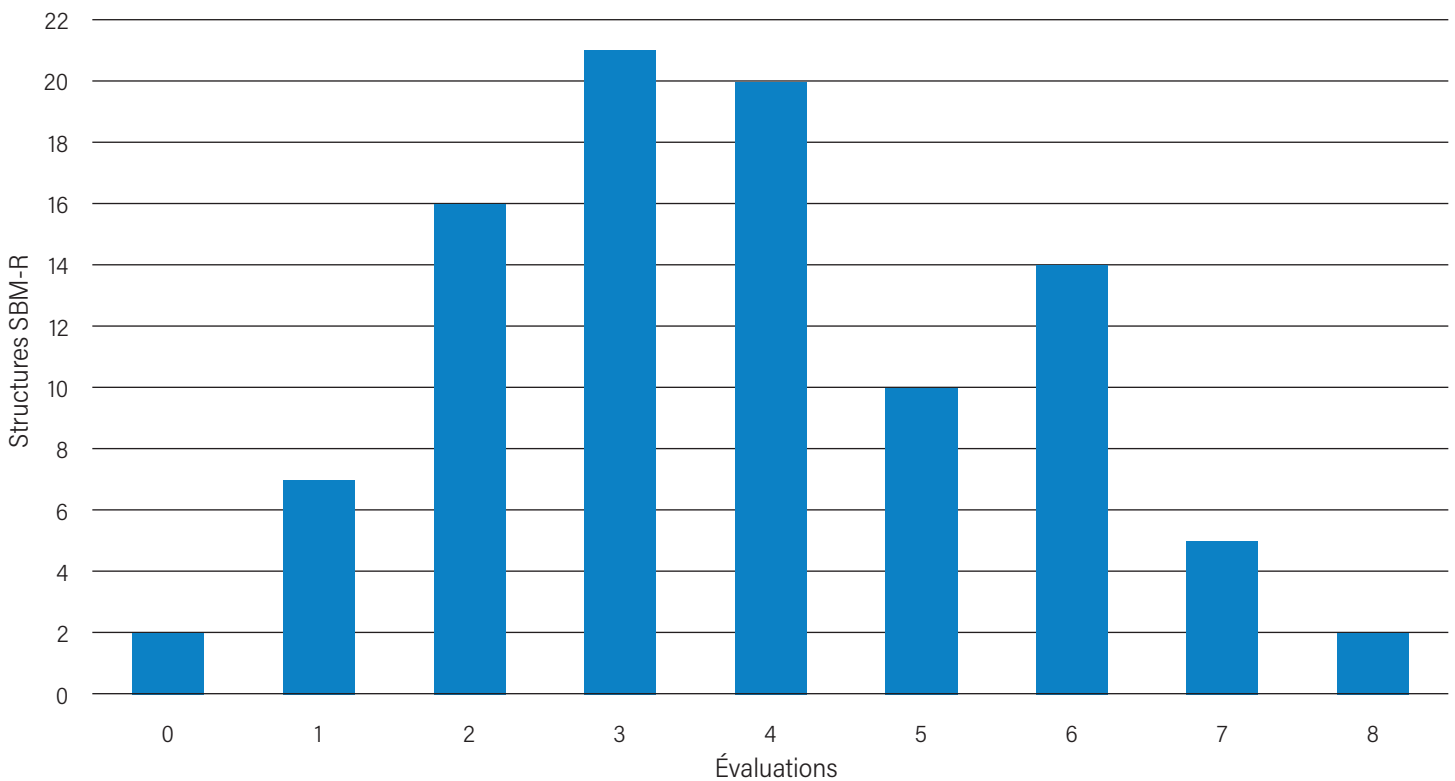


Tableau 2 : SBM-R et structures sanitaires à faible engagement par région

Region	A. # Structures SBM-R	B. # structures à faible engagement	C. % de structures dans la région : faible engagement	D. # structures à faible engagement sans étoile récente	E. % de structures dans la région avec un faible engagement, sans étoile récente
Boké	14	9	64%	9	64%
Conakry	10	3	30%	2	20%
Faranah	15	8	53%	3	20%
Kankan	17	13	76%	11	65%
Kindia	15	4	27%	3	20%
Labé	16	5	31%	1	6%
Mamou	10	4	40%	2	20%
Total	97	46	47%	35	36%

peu engagées par rapport aux autres régions (Tableau 2 ; fourchette 53-76%). Le faible engagement était plus fréquent parmi les structures sanitaires qui ont lancé la SBM-R entre 2009 et 2014, 70 % des structures à faible engagement ayant lancé la SBM-R au cours de cette période. Plusieurs structures sanitaires à faible engagement (46%) ont obtenu une ou plusieurs étoiles, notamment :

- 15 qui ont obtenu leur première ou deuxième étoile récemment (entre Octobre 2017 et Septembre 2019), ce

qui suggère qu'en dépit d'évaluations peu fréquentes au cours de cette période, ces structures sanitaires étaient suffisamment engagées dans le processus pour obtenir des étoiles (Tableau 2 ; colonne D) ;

- Six qui ont obtenu leur première ou deuxième étoile entre 2012 et 2015, ce qui suggère que certaines structures sanitaires ont obtenu des étoiles mais ne continuent peut-être pas à s'engager suffisamment dans l'approche de la SBM-R, ce qui amène à se

demander si ces structures sanitaires ont maintenu des niveaux de performance suffisants pour mériter de conserver les étoiles obtenues.

Etoiles

Sur les 97 structures de la SBM-R, 49 (51%) ont obtenu une ou plusieurs étoiles ; 39 (40%) ont obtenu une étoile et 10 (10%) deux étoiles. Dans l'ensemble des structures de la SBM-R, les CMC et les hôpitaux ont mieux réussi à obtenir une ou plusieurs étoiles que les centres de santé ; 83% des CMC participants et 67% des hôpitaux appliquant la SBM-R ont obtenu une ou plusieurs étoiles, contre seulement 41% des centres de santé. Sur les 54 structures de la SBM-R qui ont commencé en 2016 ou plus tard (c'est-à-dire dans le cadre du projet HSD), 20 (37%) ont obtenu une ou plusieurs étoiles, une seule ayant obtenu deux étoiles. Sur les 43 structures qui ont commencé en 2014 ou plus tôt, 29 (67%) ont obtenu une ou plusieurs étoiles (19 ont obtenu une étoile ; 9 en ont obtenu deux), ce qui suggère que la durée d'exposition à l'intervention de la SBM-R peut jouer un rôle dans le succès. En outre, parmi les 10 structures qui ont obtenu deux étoiles, trois ont obtenu leur première étoile dans le cadre du projet HSD (2016 ou plus tard), tandis que sept ont reçu leur première étoile avant le projet HSD, ce qui indique la capacité du projet HSD à aider les structures à faire progresser leurs processus d'amélioration de la qualité plusieurs années après leur participation initiale (voir annexe 1).

Réalisation

En moyenne, les structures ont atteint le seuil de 80 % de performance lors de la troisième (hôpitaux) ou de la quatrième évaluation (centres de santé) (Figures 3 et 4), bien que le temps entre les évaluations varie selon les structures. Par exemple, le nombre d'années entre l'évaluation de base et la quatrième évaluation varie de 0,67 à 6,83 ans (médiane 1,45, intervalle interquartile 1,00-2,50). Après avoir atteint le seuil de performance de 80 %, en moyenne, les notes d'évaluation des structures ont eu tendance à osciller autour de 80 % pendant plusieurs périodes d'évaluation supplémentaires, avant de remonter finalement à une fourchette de 85 à 95 %.

Pour examiner les performances "actuelles", nous avons analysé les notes d'évaluation les plus récentes des structures au début du mois de décembre 2019, qui ont

eu lieu entre mars 2017 et septembre 2019. Les dernières évaluations de la plupart des structures (69 structures) ont été réalisées au cours des deux derniers trimestres de l'exercice 2019 (entre avril et septembre 2019 ; voir Tableau 2). La note globale moyenne des dernières évaluations était de 84% (fourchette de 40 à 98%). Les notes moyennes de PCI étaient légèrement inférieures à la note globale moyenne et les notes moyennes de la PF légèrement supérieures à la note globale moyenne. Les scores moyens des dernières évaluations ne variaient pas sensiblement entre les hôpitaux et les CS/CMC, bien que l'éventail des scores soit plus étroit entre les hôpitaux (60-95% - 35 points de pourcentage) par rapport aux CS/CMC (40-98% - près de 60 points de pourcentage).

Initiation de la SBM-R par région : Les tendances régionales en matière de lancement de la SBM-R suggèrent 3 catégories :

- ▶ Initiation essentiellement récente (2016 ou plus tard) (dans le cadre du projet HSD) : Les structures de Boké, Labé et Mamou ont commencé à mettre en œuvre la SBM-R tout récemment. Les 14 structures SBM-R à Boké, 14/16 à Labé et 8/10 à Mamou ont réalisé leur première évaluation entre fin 2016 et Février 2018 ;
- ▶ Initiation principalement précoce (2013 ou avant) (dans le cadre du MCHIP/MCSP) : Les structures de Faranah et de Kankan ont largement mis en œuvre la SBM-R depuis plus longtemps. La plupart des structures de la SBM-R dans ces régions (13/15 à Faranah et 13/17 à Kankan) ont réalisé leur première évaluation en 2013 ou avant ;
- ▶ Calendrier d'initiation mixte : Les structures à Conakry et à Kindia sont mixtes en ce qui concerne le démarrage de la SBM-R, plus de la moitié (5/5 à Conakry et 7/15 à Kindia) lançant la SBM-R en 2016 ou plus tard.

Réalisation de la SBM-R par région : Faranah, Mamou et Kindia sont en tête en termes de proportion de structures ayant obtenu une ou deux étoiles, avec 80%, 70% et 60% des structures dans ces régions ayant atteint ce résultat (voir Tableau 4). D'après les résultats de la dernière évaluation (Figure 5), les performances moyennes des structures de Mamou, Kankan et Boké sont en retard par rapport aux autres régions en moyenne.

Figure 3 : Scores moyens de performance de la SBM-R parmi les hôpitaux* (n=27)

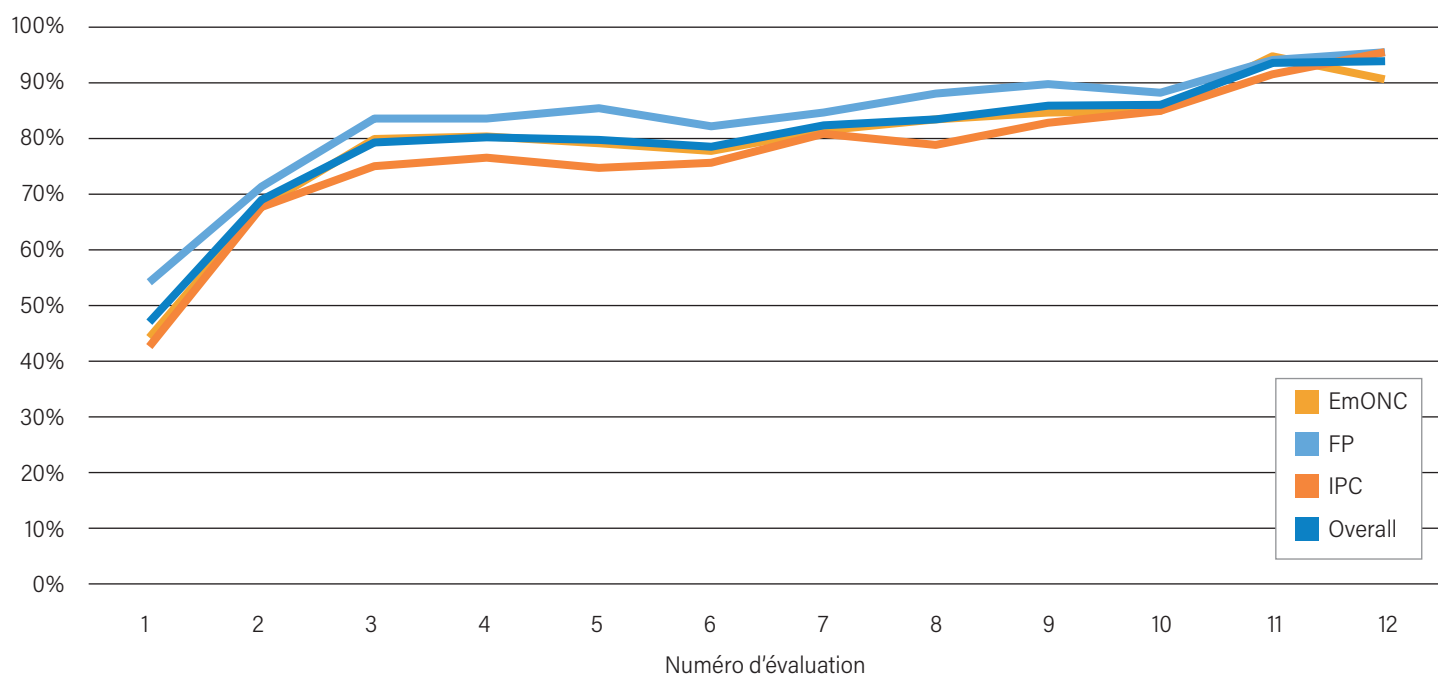
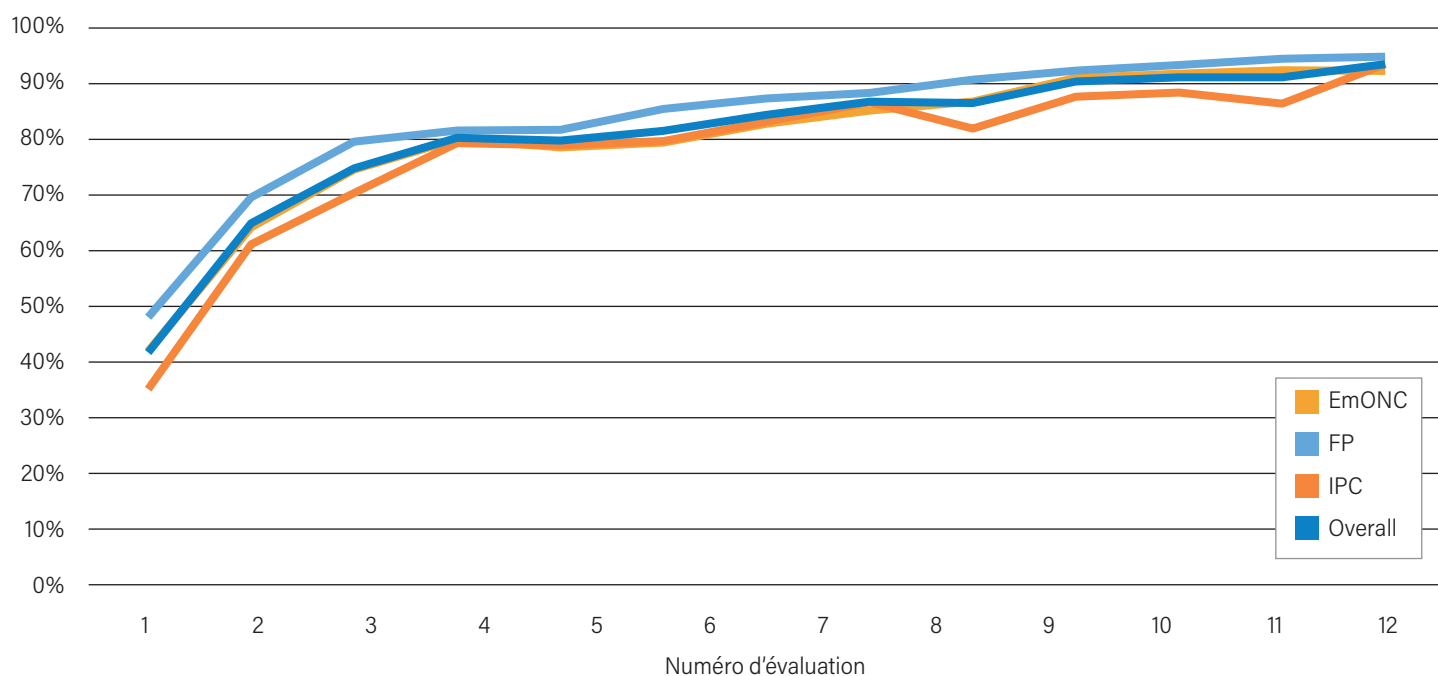


Figure 4 : Scores moyens de performance de la SBM-R dans les centres de santé* (n=70)



* inclut les hôpitaux de district et régionaux

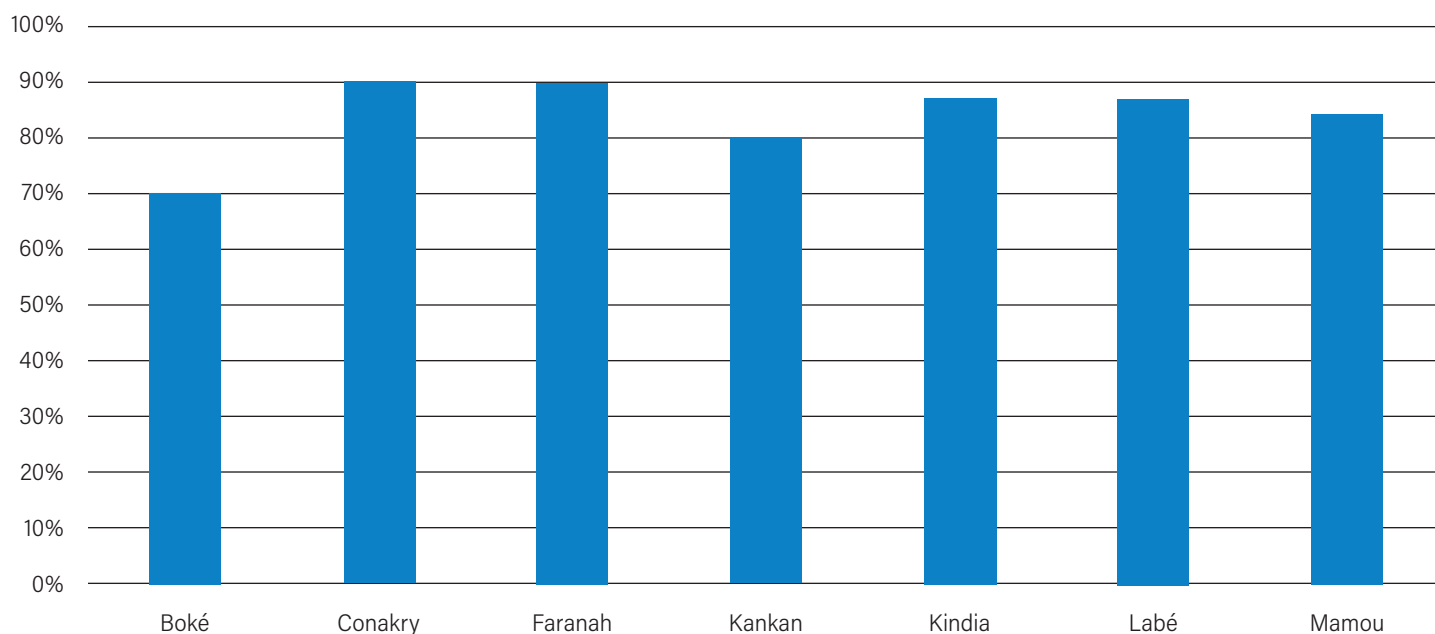
Tableau 3 : Moyenne (et fourchette) des notes de la structure lors de la dernière évaluation de la SBM-R

	Toutes les structures	Hôpitaux	Centres de santé, CMC
EmONC	84% (23%-99%)	86% (56%-98%)	83% (23%-99%)
FP	88% (37%-100%)	90% (65%-100%)	87% (37%-100%)
IPC	82% (27%-100%)	81% (50%-97%)	82% (27%-100%)
Overall	84% (40%-98%)	86% (60-95%)	84% (40%-98%)

Tableau 4 : Structures d'accueil par région

	# Les structures SBM-R	# avec au moins 1ou 2 étoiles	% de structures ayant au moins 1ou 2 étoiles	# avec au moins 2 étoiles	% de structures ayant au moins 2 étoiles
Boké	14	2	14%	0	0%
Conakry	10	5	50%	2	20%
Faranah	15	12	80%	3	20%
Kankan	17	6	35%	1	6%
Kindia	15	9	60%	1	7%
Labé	16	8	50%	2	13%
Mamou	10	7	70%	1	10%
Total	97	49	51%	10	10%

Figure 5 : Dernière évaluation des performances globales



PERFORMANCE DE LA SBM-R DANS LES STRUCTURES DE L'ÉTUDE CAS

Les centres de santé de l'échantillon de l'étude de cas comprenaient trois structures qui n'avaient pas encore obtenu d'étoiles en Décembre 2019 (CS de Mandiana dans Kankan, CS de Boffa dans Boké et CS de Tougué dans Labé) et une structure qui avait obtenu une étoile (CS de Wondy dans Kindia). Les hôpitaux de l'échantillon de l'étude de cas (Hôpital régional de Labé et Hôpital régional de Mamou) avaient tous deux obtenu une étoile.

Dans ces six structures, nous avons examiné les facteurs clés qui influent sur la réalisation des critères de performance de la SBM-R dans les domaines de l'engagement, du contexte, des performances, de l'analyse et des perspectives (des cadres des ministères de la santé, du personnel des structures, des COSAH et/ou des membres de la communauté). Les résultats globaux de cette analyse sont présentés ci-dessous. Les résultats détaillés, structure par structure, sont disponibles sur demande.

Engagement

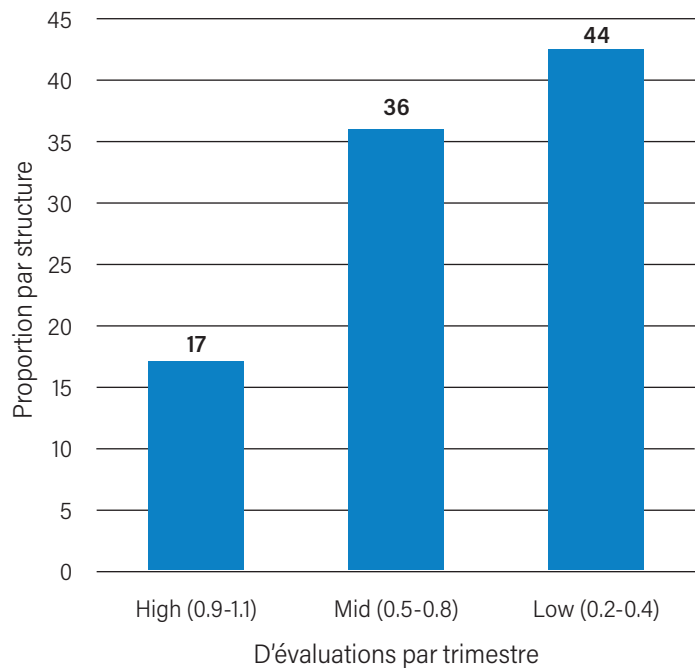
Le processus de SBM-R a été conçu pour être un processus d'amélioration de la qualité mené par la structure. La SBM-R a été mise en œuvre pour la première fois en Guinée en 2009 par Jhpiego, dans le cadre de MCHIP et s'est poursuivie par le biais du MCSP et des activités du projet HSD. Les structures qui y ont participé (n=97) varient considérablement en termes de niveau d'engagement, de nombre d'évaluations, de progrès et de résultats. Les 97 structures SBM-R ont mis en œuvre l'approche en moyenne depuis quatre ans (médiane 2,6 ans, fourchette de six mois à 9,8 ans). La fréquence des évaluations des structures varie considérablement, allant d'une évaluation par trimestre à l'extrémité supérieure à 0,2 évaluation par trimestre, ou moins d'une évaluation par an à l'extrémité inférieure (Figure 6). Une minorité de structures ont réalisé la fréquence prévue d'une évaluation par trimestre (17 sur 97, soit 18%). Trente-six structures sur 97 (37%) se situaient dans la moyenne et effectuaient de 0,5 à 0,8 évaluation par trimestre, ce qui équivaut à deux à trois évaluations par an. La plus forte proportion de structures (45%) n'a réussi à réaliser que 0,2 à 0,4 évaluation par trimestre, soit entre 1,5 et moins d'une évaluation par an.

Contexte

L'approche de la SBM-R dans le cadre du HSD a été mise en œuvre dans le contexte des défis structurels majeurs auxquels est confronté le système de santé, notamment la mobilité chronique du personnel, les pénuries de personnel et l'insuffisance des infrastructures et des équipements. L'épidémie d'Ebola qui s'est atténuée au début du projet HSD est également considérée comme un facteur contextuel externe influençant la mise en œuvre de la SBM-R pendant et immédiatement après l'épidémie. La méfiance de la communauté à l'égard du système de santé résultant de l'épidémie a compliqué les efforts pour obtenir l'engagement de la communauté en général, y compris les efforts de SBM-R au niveau des structures de santé.

Dans chacune des six structures examinées dans le cadre de l'étude de cas, du matériel a été donné (par exemple, des tables d'examen, des tables d'accouchement, des plateaux d'instruments, des kits d'accouchement, des aspirateurs, des Dopplers, etc.) Un seul des six établissements étudiés a bénéficié d'une réhabilitation

Figure 6 : Nombre d'évaluations par trimestre parmi les structures de la SBM-R



avec le soutien du projet HSD (l'hôpital régional de Labé), et le soutien à la gestion de l'espace était mineur par rapport à de nombreux autres structures soutenues par le projet HSD qui ont bénéficié d'améliorations de l'approvisionnement en eau et en électricité et d'autres réparations au niveau de la structure.

Processus

Les étapes essentielles du processus de SBM-R au niveau de la structure de santé comprennent une auto-évaluation régulière, souvent par les prestataires, les cadres supérieurs, du gestionnaire de la structure aux points focaux de préfecture et de région, et les représentants du COSAH. Ces évaluations donnent lieu à une note qui, associée aux données sur les performances de la structure, indique si celle-ci est prête à être évaluée par le comité national. Lorsque la structure est prête, elle demande une évaluation et une validation externes. Ce processus n'est pas toujours linéaire, et les scores d'auto-évaluation ne s'alignent pas toujours sur les données de performance des autres structures (c'est-à-dire que les scores d'auto-évaluation peuvent être élevés alors que les données des autres structures indiquent une performance plus faible). Lorsque l'auto-évaluation des progrès ne s'aligne pas sur les données du système de santé (qui peuvent montrer des progrès moindres en termes de

résultats de santé), l'engagement et la motivation du personnel et des gestionnaires peuvent être affectés. Par exemple, des structures de santé telles que le centre de santé de Tougué dans Labé, qui est activement engagé dans le processus de SBM-R, enregistrant des progrès auto-évalués supérieurs à 80% depuis la mi-2018, n'ont pas encore fait valider leur auto-évaluation de haute performance, probablement en raison du fait que leurs efforts ne sont pas encore validés par les données de prestation de services (qui prennent généralement du temps à refléter l'amélioration due à une meilleure performance clinique, par exemple).

Il semble que les acteurs (prestataires, responsables de structures, de districts sanitaires et de régions, COSAH et représentants des communautés) participent à des degrés divers aux auto-évaluations. La participation des membres de la COSAH et des acteurs communautaires a eu tendance à susciter l'enthousiasme des membres de la communauté. Comme ce fut le cas pour le CS de Wondy dans Kindia et le CS de Boffa dans Boké, les membres de la communauté sont devenus des partenaires dans le processus d'amélioration de la qualité en aidant à l'entretien et au nettoyage des structures de santé.

Observation : L'engagement des communautés en tant que partenaires dans les activités d'amélioration de la qualité renforce l'engagement et la motivation du personnel de santé et des gestionnaires de structures de santé à réaliser des progrès dans les structures car ils se sentent valorisés par leurs patients.

Observation : Le comité national qui valide les performances des structures et attribue des étoiles n'a pas été suffisamment proactif et habilité à soutenir le processus de la SBM-R au fur et à mesure de l'évolution des structures. Les progrès pourraient être notés et mis à disposition sous forme de Tableaux de bord, avec des étapes progressives pour maintenir l'engagement dans le processus. La participation au Comité de la SBM-R doit être valorisée et des visites de validation doivent avoir lieu à intervalles réguliers. L'actuelle convocation ad hoc du comité ne valorise pas le processus.

Coût : L'examen des réponses des structures des études de cas indique que le coût financier associé à la SBM-R n'est pas un facteur significatif, à moins que

des améliorations ou des achats d'équipements ou d'infrastructures ne soient nécessaires. Le processus est dirigé et mis en œuvre par le personnel et la direction. Les coûts des matériels de nettoyage (pour mettre en œuvre les protocoles PCI) et des formulaires d'évaluation sont négligeables ; cependant, les coûts plus généraux liés aux services (liés à l'entretien des équipements et aux autres matériels nécessaires pour fournir un service conforme aux normes) peuvent entraver les progrès.

Observation : Certains responsables de structures ont fait remarquer que les coûts d'infrastructure et d'équipement ne peuvent être sous-estimés si l'on veut améliorer la qualité. (CS Mandiana, Kankan) Coûts réels de l'amélioration de la qualité pour la formation, l'achat ou la réparation d'équipements et les investissements en infrastructures (par exemple, fosses à déchets, latrines, rénovation ou extension du bâtiment, forage pour l'eau, etc.) sont coûteuses et continueront probablement à nécessiter le soutien du secteur privé, du gouvernement et des donateurs.

Observation : Le coût ne doit cependant pas être considéré comme une condition nécessaire pour que les processus d'amélioration de la qualité soient mis en œuvre sur les services et structures existants avec les ressources existantes. Lorsque la structure sanitaire manque cruellement d'équipements et d'infrastructures de base pour atteindre les critères de qualité de base, la motivation et l'engagement du personnel à continuer à participer au processus sont probables.

Critères de performance : Les critères de performance évalués dans le cadre de la SBM-R sont nombreux, peut-être même exagérés. Bien qu'ils correspondent aux directives nationales et internationales, les prestataires et les gestionnaires de structures ont suggéré que les critères de performance soient affinés et réduits pour se pencher sur les questions les plus critiques. De nombreux critères sont interdépendants, en particulier ceux liés à la PCI, et par conséquent, si un facteur n'est pas atteint (par exemple, l'absence d'autoclave fonctionnel), de nombreux autres critères ne peuvent être remplis. Dans sa forme actuelle, la liste des critères ne détaille pas les exigences minimales requises dans chaque structure. L'accent mis sur l'étendue et la profondeur des critères soulève de

nombreuses questions. De manière positive, cela permet de disposer de multiples domaines dans lesquels de petites améliorations peuvent être apportées, ce qui est motivant. En revanche, le simple nombre de critères peut être écrasant et démotivant. Un équilibre doit être trouvé. Dans sa forme actuelle, l'outil mesure les résultats, et non les progrès. Si une structure passe de 30% à 65% dans un domaine, ils ne sont toujours pas suffisants (80% requis) mais ils ont fait d'énormes progrès. Si les problèmes qui entravent la poursuite des progrès sont hors de leur contrôle (par exemple, l'incinérateur ne fonctionne pas, problèmes d'infrastructure, etc.), la motivation peut diminuer.

Observation : Chaque domaine serait aidé par la création d'une liste d'équipements et d'infrastructures essentiels par niveau nécessaire pour atteindre les normes de performance. Cela pourrait se pencher sur la pression sur les Directions Préfectorales et régionales de la santé pour garantir que des exigences minimales sont en place dans chaque structure.

Observation : Pour faciliter l'évaluation interne régulière de la SBM-R, une fiche de contrôle sous forme de Tableau pourrait être établie pour permettre l'évaluation des performances et des équipements, matériels, consommables et autres ressources essentielles. Cela permettrait une réponse efficace grâce à la mise en œuvre d'un schéma directeur pour éviter les questions interdépendantes et pourrait favoriser une meilleure utilisation des données pour la prise de décision grâce à une meilleure disponibilité dans la structure et à des niveaux plus élevés.

Observation : Les progrès réalisés au niveau des indicateurs devraient également être évalués par le processus démontrant l'effort et la réalisation progressive des critères. Rendre les progrès visibles pourrait motiver le personnel et les communautés à s'engager plus activement. Cela nécessiterait une organisation par sous-domaines tels que l'équipement, l'infrastructure, la convivialité, l'engagement communautaire, les normes de qualité clinique - dont certains peuvent être affectés plus facilement par le personnel que d'autres. Un tel processus serait également soutenu par le passage à une plateforme sur tablettes.

Performance (réalisations et résultats)

Sur les 272 structures soutenues par le projet HSD, 97 (36%) ont mis en œuvre le programme SBM-R (66% des structures de santé ; 6% des CMC, et 28% des hôpitaux), atteignant presque leur objectif global de 98 structures. Parmi ceux-ci, 43 ont débuté dans le cadre des programmes PISMI/PSMI antérieurs, et 54 dans le cadre du projet HSD. Comme indiqué précédemment, sur les 97 structures participant au programme SBM-R, environ la moitié (49, 51%) ont obtenu une ou plusieurs étoiles, ce qui est proche de leur objectif de 98 structures dans le cadre du programme HSD, dont 10 (10% de toutes les structures SBM-R) ont obtenu deux étoiles. Les structures à 2 étoiles sont un mélange de types de structures et sont situées dans différentes régions mais elles ont en commun que toutes, sauf une, ont commencé à mettre en œuvre la SBM-R tôt - entre 2009 et 2013. Bien que le temps d'exposition au processus semble jouer un rôle dans l'obtention d'une étoile, l'examen des structures étudiées indique également que la motivation peut diminuer avec le temps. La motivation semble refléter le leadership des responsables des structures (et leur capacité à motiver le personnel des structures), l'engagement de la communauté et du district sanitaire dans le processus et, surtout, le mentorat qu'ils reçoivent du personnel HSD pour progresser. Par exemple, sur les 14 structures qui ont obtenu une étoile entre 2012 et 2015, seule la moitié d'entre elles ont obtenu une deuxième étoile, dont quatre en 2019, ce qui indique peut-être une poussée tardive de la part du projet HSD (voir annexe 1).

Notre analyse indique que l'intérêt et l'engagement au départ conduisent généralement à des améliorations à court terme et à des progrès mesurables lors de la première ou de la deuxième évaluation, qui peuvent ensuite être suivis d'un nivellement ou d'un léger déclin à mesure que l'on prend en compte les critères les plus difficiles. C'est le cas des centres de santé de Mandiana, Wondy et Boffa, tandis que le centre de santé de Tougué s'est rapidement amélioré au cours des deux premières années, puis s'est stabilisé. Les hôpitaux régionaux de Labé et de Mamou ont également enregistré des gains rapides pour ensuite décliner radicalement après la première année (Labé) ou se stabiliser (Mamou). Dans tous les cas, après les deux premières années, les progrès ont ralenti et sont devenus progressifs, avec

des problèmes spécifiques sur des critères individuels affectant les notes globales comme la mobilité du personnel ou le dysfonctionnement des équipements.

Il convient de noter le nombre élevé de structures ciblées qui ne sont pas pleinement engagées malgré les efforts déployés dans le cadre du projet HSD. Bien que l'évaluation n'ait pas examiné la non-participation, les efforts déployés pour inclure les structures de contrôle dans l'échantillon à Conakry ont échoué en raison du manque d'intérêt, de temps et d'engagement des gestionnaires et du personnel des structures pour répondre à nos questions. À Conakry, les gestionnaires de structures/décideurs ont laissé entendre qu'il n'était pas possible pour un hôpital de référence comme Ignace Deen de participer à la SBM-R étant donné ses ressources considérables et la charge de travail des patients.

Observation : Une multitude de facteurs contribuent à l'amélioration de la qualité, plus que la simple durée d'engagement de la structure dans le processus. La facilitation par le projet HSD a contribué à redynamiser certaines structures pour qu'elles s'engagent dans le processus de SBM-R qui a débuté lors des programmes précédents.

Performance clinique

Les performances cliniques selon les normes PCI semblent être le domaine le plus variable des indicateurs de la SBM-R car elles sont centrées sur le prestataires et peuvent donc être améliorées par la formation et la supervision. Ces critères affectent davantage les normes PCI dans les domaines des SONU et de la PF que ceux liés à l'assainissement et à l'hygiène dans le domaine PCI. Au cours de la période d'évaluation de la structure de l'étude de cas, des améliorations marquées des scores d'auto-évaluation de leur pratique clinique ont été signalées, allant d'une augmentation de 25 points de pourcentage à l'hôpital de Mamou à une augmentation de 70 points de pourcentage au CS Wondy. Le CS et Boffa, le CS de Tougué et l'hôpital de Labé ont également connu des améliorations rapides, généralement dans l'année suivant le début de leur programme de SBM-R. L'hôpital de Mamou a connu des améliorations dans la pratique clinique, mais avec des incohérences dans la réalisation de certaines normes cliniques d'une évaluation à l'autre (par exemple, à une évaluation, le traitement de l'éclampsie était inadéquat ; à une autre, il s'agissait du traitement des hémorragies

post-partum), contrairement à l'hôpital régional de Labé qui a montré une amélioration constante mais régulière. Le centre hospitalier de Mandiana est la seule structure où les normes de performance ont rapidement baissé, passant de 80 % à 51 % entre 2012 et 2016, avant le début du projet HSD. Apparemment, la capacité du personnel à fournir des services conformes aux normes cliniques était incohérente, car beaucoup n'avaient pas été formés en raison de la mobilité du personnel.

Les améliorations de la pratique clinique étaient en grande partie liées aux soins obstétricaux. Les soins essentiels aux nouveau-nés, les soins respectueux (y compris la communication entre le patient et le prestataire de soins et le partage d'informations sur leurs soins ou pour les soins de leur nouveau-né) et l'utilisation du parthogramme sont autant de domaines auxquels il faut accorder plus d'attention, tant dans les centres de santé que dans les hôpitaux. Ces résultats sont conformes à d'autres études sur la mise en œuvre des SONU en Afrique.^{3,4} Dans un certain nombre de centres de santé, le projet HSD a apporté une formation considérable et s'est penchée sur les normes de performance. Ces premières formations ont probablement amélioré la dotation des soins de santé maternelle cliniques selon le protocole. Des études ont montré que les interventions sont plus complexes en matière de santé néonatale, plus difficiles à réaliser et moins fréquentes - comme la réanimation du nouveau-né - et les critères de soins qui exigent un changement de comportement et de valeurs de la part des prestataires - comme les composantes des soins respectueux (par exemple, l'interaction entre le prestataire et le client et l'information des femmes sur leurs droits) - ont connu moins de progrès et ont été plus lents à changer.⁵ L'amélioration marginale des soins néonataux a peut-être aussi souffert de la tendance des centres de santé à référer les familles aux hôpitaux pour prendre en charge les nouveau-nés malades, et peut-être du fatalisme ⁶ aux taux de survie néonatale.

Normes de performance en matière de planification familiale s'est généralement améliorée dans les structures des études de cas. Des difficultés à fournir des informations factuelles sur des méthodes spécifiques de PF telles que la contraception orale, le stérilet et les implants ont été observées dans les centres de santé. L'éducation critique sur la nécessité d'utiliser deux méthodes, les informations sur le cycle de fertilité et

les effets secondaires liés à la méthode n'a pas été fournie de manière cohérente. Boffa et Tougué ont amélioré les marqueurs de performance, atteignant le seuil de 80 % en 2018 et 2019 respectivement. Les problèmes de performance dans ces structures sont également probablement dus à la nécessité de formation continue, car le personnel se déplace ou se désengage s'il n'est pas motivé pour exécuter tous les aspects du protocole clinique.

Observation : Le processus SBM-R démontre que les critères de performance clinique peuvent être améliorés grâce à la formation continue et à la supervision de soutien au niveau des structures. Des améliorations spectaculaires ont été observées peu de temps après le début du projet HSD. Le projet HSD a facilité le processus en préparant une équipe de formateurs dans tout le pays. Pour maintenir les progrès, un investissement régulier dans la formation sur les normes et le recyclage sera nécessaire à l'avenir et pourra être mené par les directions régionales et préfectorales du ministère de la santé.

Observation : Le processus d'amélioration de la qualité de la SBM-R a été plus efficace pour les interventions moins compliquées que pour celles qui nécessitent plus de compétences (certains soins néonataux) ou un changement de comportement des prestataires. La communication d'informations incorrectes sur la PF peut être due aux valeurs ou aux opinions des prestataires plutôt qu'à un manque de connaissances.

Performance managériale

Les normes de gestion sont celles qui contrôlent les processus de la structure tels que la propreté, la tenue des registres, les descriptions de poste, l'affichage sur les murs d'information et les indicateurs de révision des services. Par rapport aux indicateurs de performance clinique, les performances par rapport aux normes de gestion étaient la plus variable, car elle prenait en considération les points de vue des clients et du personnel sur les processus de gestion. Les réponses allant de l'expérience de l'interaction client-prestataire à la direction et à la disponibilité des protocoles différaient sensiblement entre et au sein d'une même structure au fil du temps, ce qui reflète probablement le changement de personnel et de direction. La comparabilité des résultats est limitée entre les points de données et doit plutôt être comprise comme

une simple indication du manque de continuité du style de gestion et d'efficacité dans le temps.

Les questions de gestion qui se sont penchées sur l'amélioration de l'expérience du patient ont obtenu les meilleurs résultats, les critères manqués tout au long des périodes d'évaluation étant la mauvaise communication entre le patient et le prestataire, l'information donnée et affichée, la disponibilité de matériel d'IEC, de registres, de dossiers de patients, de protocoles de flux de clients et de descriptions de postes pour le personnel, et le manque d'attention portée aux temps d'attente dans toutes les structures ayant fait l'objet d'une étude de cas, à l'exception du CS de Wondy (qui a fourni trop peu d'informations pour être évalué). Au CS de Tougué en particulier, et dans une moindre mesure au CSU Boké et à l'hôpital de Labé, les critères manqués ont été atteints en 2019. L'exploration de la satisfaction des patients à l'aide de boîtes ou de formulaires de commentaires n'a généralement pas été poursuivie dans les structures, à l'exception du CS de Wondy. Des efforts spécifiques ont été faits pour améliorer ces indicateurs au CSU de Tougué, et aux hôpitaux régionaux de Labé et de Mamou.

Gestion de la CPI à travers un contrôle et une surveillance réguliers de la propreté a été un problème dans les centres de santé de Mandiana, Boké et Tougué, ainsi que dans les deux hôpitaux régionaux, avec des problèmes de base tels que le lavage des mains avant de prodiguer des soins essentiels aux nouveau-nés (hôpital de Mamou) et le fait que le personnel de nettoyage n'utilise pas de gants pour gérer les déchets médicaux (hôpital de Labé), indiquant des infractions flagrantes au protocole. De manière générale, la gestion des PCI était moins forte dans les hôpitaux, notamment en ce qui concerne l'organisation et les normes dans les morgues.

Observation : Lorsqu'elles sont en place et fonctionnelles, les normes de gestion (par exemple, la propreté, la tenue des dossiers, les descriptions de poste, l'affichage d'informations sur les murs et l'examen des indicateurs de service) peuvent motiver et inspirer des améliorations des performances cliniques. Nombre d'entre elles sont très visibles et contribuent donc à une perception globale des progrès, ce qui motive le personnel et la communauté à s'engager et à soutenir l'amélioration de la qualité.

Observation : Le rôle des responsables de structure, de district et de région ne peut être sous-estimé. La SBM-R a facilité le leadership managérial grâce à des outils et des protocoles de formation, ce qui s'est avéré efficace dans certains districts sanitaires et structures. Compte tenu du rôle qu'ils jouent dans le processus d'amélioration de la qualité, il serait possible de faire davantage pour mesurer les performances de gestion et la résolution des problèmes dans le cadre du processus d'évaluation de la SBM-R.

Observation : Les responsables et les gestionnaires des structures peuvent faire progresser l'amélioration de la qualité en donnant la priorité aux solutions systémiques par le biais de lignes directrices, de fiches de contrôle, de mesures de supervision et de contrôle. La surveillance est ponctuelle dans certaines structures. L'utilisation des données d'évaluation pour élaborer un plan d'action penché sur des questions spécifiques n'est pas systématique. Les comportements routiniers doivent être mis en évidence. Le programme SBM-R devrait développer des outils adaptés qui peuvent faciliter la gestion de la PCI, y compris les mesures d'assainissement et d'hygiène de base dans tous les secteurs de service. La communauté est censée faire partie de ce processus et devrait être invitée à participer au soutien de ces mesures.

Équipements, matériels et infrastructures

Les pénuries d'équipements et de matériel nécessaires à la mise en œuvre des normes cliniques ou de gestion sont des problèmes particulièrement difficiles à surmonter car le personnel des structures se sent impuissant à influencer sur les changements dans ces domaines. Dans une certaine mesure, c'est vrai ; cependant, de petites améliorations telles que la disponibilité de désinfectants, de vêtements de protection et de matériel de base peuvent contribuer de manière significative à l'amélioration des critères PCI et SONU.

De nombreuses structures étudiées ont eu du mal, dans les premières années, à mettre en place de petits équipements, tels que des balances, des tensiomètres, des tables de réanimation, des poubelles et, dans un cas extrême, même des tables pour les accouchements par voie vaginale. Mandiana a connu le plus de difficultés au cours du projet PSMI des structures faisant l'objet de l'étude de cas, car elles n'avaient pas encore bénéficié des contributions d'équipement liées au projet HSD qui

ont été faites entre 2016 et 2017. L'hôpital de Mamou a également fait état de difficultés, notamment en ce qui concerne les équipements et les matériels nécessaires à la stérilisation et à l'hygiène tout au long de la période d'évaluation. Un stockage inapproprié et des ruptures dans les médicaments essentiels, les produits de base et les produits tels que l'ocytocine, le sulfate de magnésium et le sang se sont également produits dans les hôpitaux de Mandiana et de Labé. Les structures soutenues par le HSD s'appuyaient sur des produits de planification familiale fournis par d'autres partenaires du programme, notamment le projet de gestion des achats et des approvisionnements de la chaîne mondiale de santé de l'USAID et le UNFPA, mais les lacunes en matière d'approvisionnement restaient un défi considérable pour de nombreuses structures.

La capacité des structures à effectuer la stérilisation et la gestion des déchets conformément aux normes était particulièrement problématique. Le manque de désinfectants et d'antiseptiques (hôpitaux de Mandiana, Boké et Labé), de gants et de vêtements de protection (Mandiana, Wondy et l'hôpitaux de Labé), d'équipements de base tels que des tables ou un espace dédié à la stérilisation et au conditionnement des équipements stériles était souvent inexistant (hôpitaux de Mandiana, Wondy, Labé et Mamou). Ces problèmes sont exacerbés s'il n'y a pas d'autoclave fonctionnel ou de capacité de désinfection de haut niveau comme c'était le cas dans les hôpitaux de Mandiana, Boké et Mamou. L'absence d'incinérateur a également été constatée dans les centres de santé de Mandiana, Boké et Tougué (bien qu'elle ait été résolue plus tard dans le centre de santé de Tougué en 2018), et l'utilisation de fosses à déchets ouvertes dans le CSU de Boké et l'hôpital régional Mamou. Même dans les structures qui disposent d'équipements fonctionnels et de la capacité d'éliminer correctement les déchets médicaux, il est fréquent que cela ne soit pas fait correctement, comme c'était le cas dans le CSU de Boké et l'hôpital régional Labé. Dans les hôpitaux de Labé et de Mamou, les machines à laver ne fonctionnaient pas non plus correctement, ce qui a contribué à l'inadéquation des normes de prévention et de contrôle des infections, en particulier dans l'hôpital.

Les questions d'infrastructure ont joué un rôle important en termes d'espace pour fournir des soins, d'espace pour

gérer le flux de clients et de réceptivité des structures. Les défis spécifiques étaient liés à l'absence d'une zone d'admission (hôpitaux de Mandiana, Boké, Labé et Mamou), d'une zone d'attente (hôpitaux de Tougué, Labé), d'un espace pour le post-partum immédiat (Boké) et les soins d'avortement (Tougué), d'un espace privé pour les conseils et les examens de planification familiale (hôpitaux de Boké, Tougué et Labé) et d'un espace pour le repos du personnel (hôpitaux de Mandiana, Boké, Tougué et Labé). Les équipements essentiels tels que l'eau et les toilettes fonctionnelles étaient presque tous inexistantes (sauf à Wondy). En outre, l'absence d'un laboratoire climatisé fonctionnel a compliqué les performances des SONU et de la PF, comme on l'a observé dans les centres de santé de Mandiana, Boké et Tougué et à l'hôpital de Labé.

Malgré ces difficultés, la plupart des structures (à l'exception de Mandiana et de l'hôpital de Mamou) ont réussi à surmonter les limites de l'infrastructure dans l'année ou les deux années suivant leur engagement dans le processus de SBM-R, comme ce fut le cas à Boké en 2017, à l'hôpital de Labé en 2018 et à celui de Tougué en 2019.

Bien que nombre des défis énumérés ci-dessus semblent insurmontables, le leadership du "responsable", du directeur ou du gestionnaire de l'hôpital a joué un rôle important. Comme indiqué plus haut, la réalisation des critères de performance dans ces domaines était en fait largement influencée par les mesures de gestion, les systèmes, les allocations budgétaires et la supervision. La garantie d'un personnel, d'une formation, de matériel et de consommables adéquats peut faire progresser les choses. Les questions d'infrastructure, d'assainissement et de gestion des déchets ont été gérées dans certains contextes sans investissement majeur. En effet, lorsque les responsables du ministère de la santé au niveau des structures, des districts et des régions apportent leur soutien, des améliorations de la qualité ont été obtenues, comme on l'a vu à Kindia. Dans les hôpitaux régionaux où le volume est élevé, les interventions de la direction et du personnel en matière de propreté, au-delà des solutions cosmétiques, peuvent ne pas être suffisantes et nécessitent des niveaux d'intervention plus élevés avec un engagement et des ressources de la préfecture, de la région ou du niveau central.

Observation : Les gestionnaires des structures doivent être proactifs en identifiant les lacunes des équipements et des infrastructures qui limitent les améliorations de la qualité. Le programme de SBM-R doit inclure des exercices d'évaluation qui vont au-delà de la structure et qui soulèvent la question et la responsabilité de l'amélioration de la qualité au niveau de la préfecture et de la région pour les intrants qui ne peuvent être traités localement. Le processus de SBM-R doit impliquer le ministère de la santé à tous les niveaux pour qu'il s'approprie les réalisations et les défis qu'il doit aider à surmonter. Les besoins et les obstacles à la réalisation doivent être rendus visibles dans le processus.

Observation : Les améliorations essentielles des structures, notamment l'eau, l'assainissement (toilettes et gestion des déchets) et la stérilisation, doivent être soutenues pour servir de base à l'amélioration de la qualité. L'investissement dans ces domaines contribue également à renforcer l'engagement du personnel et à créer une dynamique en faveur de nouvelles améliorations.

Analyse (facteurs de performance internes et externes)

Les facteurs clés affectant la mise en œuvre et la réalisation des performances, comme le montrent les structures des études de cas, comprennent les apports du projet HSD tels que la formation, les dons d'équipement, les outils et les processus de gestion ; et la réceptivité de la SBM-R au niveau des structures. Les apports du projet HSD (et du PSMI auparavant) ne peuvent être sous-estimés car ils ont créé l'impulsion nécessaire pour s'engager dans l'amélioration de la qualité dans de nombreuses structures et districts sanitaires. La formation et l'équipement nécessaires à une pratique clinique conforme aux normes constituent la base de l'engagement et de la mobilisation. Cependant, la formation et l'équipement ne suffisent pas à eux seuls à stimuler l'amélioration de la qualité. Le leadership des gestionnaires et des superviseurs des structures, associé à l'engagement, à la détermination et à l'appréciation des acteurs des districts et des régions au sein du ministère de la santé dans le processus de SBM-R est essentiel. Si le ministère de la santé a facilité cet engagement plus large, la maintenance au fil du temps doit être gérée au niveau local. La participation d'autres responsables gouvernementaux et de leaders

communautaires tels que les maires, les chefs de village, les COSAH et les communautés stimule l'engagement et l'amélioration du personnel des structures. Cependant, pour maintenir l'intérêt et l'engagement du personnel, il faut un suivi continu, une auto-évaluation et un plan d'action pour des améliorations ciblées d'indicateurs spécifiques. L'implication de l'ensemble du personnel semble être un facteur positif dans les structures qui ont montré des améliorations. L'appréciation et l'engagement de la communauté motivent davantage le personnel.

“ Une étoile peut apporter respect et reconnaissance à l'ensemble du personnel. Elle peut accroître les compétences du personnel et créer une culture d'auto-évaluation pour différencier ce qu'il faut faire de ce qu'il faut éviter, en améliorant les comportements (par exemple, la séparation des déchets biologiques)”

– Personnel du CS de Mandiana

Si les données permettant de déterminer pourquoi certaines structures régressent sont insuffisantes, les indications fournies par les structures faisant l'objet d'une étude de cas suggèrent que les changements de personnel et/ou de dirigeants ont joué un rôle important. La performance des structures est fortement tributaire d'une surveillance et d'un suivi étroits du processus. Les examens par les pairs, les réunions du COSAH et le suivi du DPS sont tous importants pour maintenir les progrès. La motivation du personnel est essentielle au succès. Elle peut être inspirée par la reconnaissance interne des membres du personnel qui dirigent le processus de changement et contribuent à l'amélioration de la qualité. La cohérence et la rétention du personnel dans le processus sont d'autres questions clés. La répartition des tâches favorise également les progrès, car l'obtention (ou le maintien) d'étoiles devient un effort d'équipe.

Le suivi étroit assuré par le personnel des projets du PISMI/PSMI et du HSD a également été un facteur d'amélioration et, inversement, lorsqu'il n'est pas disponible, d'abandon du processus. Les carences infrastructurelles et le grand nombre de clients non suivis peuvent démotiver le personnel à s'engager, en particulier lorsque ces carences entravent structurellement l'amélioration de la qualité. Dans des hôpitaux comme Ignace Deen, de telles conditions ont limité l'engagement.

Observation : La constitution d'équipes pour s'engager dans des processus d'amélioration de la qualité nécessite plus qu'une formation sur les compétences cliniques et managériales afin qu'elles puissent travailler ensemble efficacement à la réalisation d'objectifs communs. Ce processus continu devra être ancré dans la culture de l'organisation. Pour changer la culture organisationnelle des structures et motiver celles qui ne sont pas encore engagées, des incitations nouvelles ou adaptées (non monétaires) doivent être développées avec les prestataires pour s'assurer qu'elles sont valorisées et appréciées par le personnel en première ligne des efforts d'amélioration de la qualité.

Perspectives sur l'appropriation, la reproductibilité et la durabilité

Currently, facilities that have engaged in the SBM-R. Actuellement, les structures qui se sont engagées dans le processus de la SBM-R montrent que l'engagement lui-même a un effet positif sur la motivation. La concurrence positive est reconnue comme un moyen durable d'améliorer la qualité sans coût considérable pour le système. Cependant, malgré les perceptions positives du processus, certaines structures ne s'engagent pas, probablement en raison de la perception du travail supplémentaire qu'il implique de la part du personnel et des gestionnaires de structures, ou comme mentionné ci-dessus, d'un sentiment de fatalisme selon lequel des améliorations ne peuvent pas être réalisées compte tenu de l'état de la structure et des compétences du personnel. Les directeurs préfectoraux et régionaux, ainsi que le ministère central de la santé, ne se sont pas pleinement appropriés le processus et n'ont pas fourni le leadership nécessaire pour le maintenir. Bien que le processus de SBM-R soit apprécié par le personnel et les communautés dans de nombreux endroits, un leadership de haut niveau

du ministère de la santé est nécessaire pour stimuler la participation au processus d'amélioration de la qualité de manière plus générale en Guinée.

Actuellement, la SBM-R est en place dans environ un tiers des structures de santé soutenues par le projet HSD en Guinée. D'autres approches ("Monitoring Amélioré") d'amélioration de la qualité sont actuellement testées en Guinée, notamment le financement basé sur les résultats et l'amélioration des méthodes de suivi. Le processus de la SBM-R a maintenant été adopté par le ministère de la santé, mais on ne sait pas encore comment la SBM-R sera alignée sur les autres approches d'amélioration de la qualité du ministère de la santé. Pour étendre le programme, une participation totale est nécessaire dans tout le secteur de la santé. Les services d'assurance qualité des hôpitaux doivent également s'engager et soutenir une approche commune. L'USAID organise des réunions de consultation avec d'autres partenaires pour les impliquer afin de soutenir et de faciliter l'adoption du processus de SBM-R dans tous les domaines thématiques et à tous les niveaux des soins de santé. Un responsable a noté :

“ Ce n'est pas seulement dans les hôpitaux que l'approche SBM-R peut être utilisée ; c'est dans tous les départements, même dans la gouvernance, parce que c'est une approche d'amélioration de la qualité.”

– Responsable de l'hôpital Labé

Observation : Pour impliquer pleinement les communautés et le personnel des structures dans le cycle d'amélioration, le soutien doit être ancré au niveau local. Les représentants des gouvernements de tous les secteurs et niveaux doivent se livrer à une saine concurrence et faire équipe avec la structure pour apporter les améliorations. Les structures, même avec le soutien de la communauté, ne peuvent pas faire cavalier seul. Le projet HSD et les futures activités de l'USAID doivent travailler plus étroitement avec les parties

prenantes multisectorielles au-delà du ministère de la santé afin de renforcer le soutien et l'engagement envers le programme, en particulier avec le soutien des structures publiques locales.

CONCLUSIONS : UN POINT DE VUE RÉALISTE

Un examen réaliste de la SBM-R pose la question suivante : "Qu'est-ce qui fonctionne, pour qui, à quels égards, dans quelle mesure, dans quels contextes et comment ? Dans cette étude de cas, nous avons exploré les contextes dans lesquels la SBM-R est un processus efficace d'amélioration de la qualité. Nous avons détaillé le mécanisme générateur qui permet à certains centres de santé et hôpitaux de réussir tandis que d'autres régressent ou ne s'engagent pas. Enfin, nous avons passé en revue les résultats obtenus en général et plus spécifiquement dans les structures sélectionnées pour l'étude de cas. Le contexte, le mécanisme et les résultats du processus de SBM-R sont décrits ci-dessous.

Contexte

Le projet HSD rapporte que la SBM-R engage actuellement 97 structures à travers la Guinée. Cette étude de cas a révélé que bien que chacune d'entre elles ait un certain niveau d'engagement depuis le début du programme en 2009 dans le cadre du PISMI, toutes ne sont pas actives. Les conditions suivantes affectent l'engagement :

- ▶ L'état de santé de la mère et des enfants est précaire, et les services de santé existants ne sont pas de qualité suffisante pour améliorer rapidement la SMI en Guinée.
- ▶ Le ministère de la santé et ses partenaires soutiennent l'amélioration par la formation, mais cela ne suffit pas pour changer la qualité des services.
- ▶ Les facteurs contextuels, notamment la faiblesse des infrastructures (disponibilité d'eau limitée ou inexistante, toilettes, espace physique suffisant) et les pénuries ou dysfonctionnements des matériaux, fournitures, médicaments et équipements essentiels, réduisent la participation, en particulier lorsque ces facteurs sont hors du contrôle des gestionnaires ou du personnel des structures.

- ▶ Les contraintes en matière de ressources humaines (en nombre, en capacité et en motivation) limitent les perspectives d'amélioration rapide de la qualité des prestations de services.
- ▶ La confiance de la communauté dans le système de santé après le virus Ebola est en train de se reconstruire, bien que lentement.
- ▶ La culture organisationnelle dans les structures de santé, les DPS, les DRS et au niveau central du ministère de la santé est généralement passive, fataliste, intéressée et opportuniste.
- ▶ La redevabilité dans le système de santé est faible.

Mécanisme de production

Le programme SBM-R est fondé sur la conviction que, grâce à la reconnaissance, le personnel, les cadres, les membres de la communauté et les dirigeants du ministère de la santé et d'autres administrations locales au niveau des préfectures et des régions peuvent être motivés pour améliorer la qualité des services par la reconnaissance publique. Le mécanisme suppose que :

- ▶ Une saine concurrence entre les structures devrait susciter un engagement et une motivation à s'engager.
- ▶ Si les prestataires reçoivent une formation et du matériel, ils choisiront de participer.
- ▶ Les outils de gestion et la formation peuvent être utilisés par les responsables de la structure pour diriger le processus dans la structure. Grâce à ce processus, les compétences en matière de leadership seront renforcées.
- ▶ Un suivi étroit, un encadrement et des réunions mensuelles avec la DPS et la DRS, les chefs de communauté, les COSAH et les gestionnaires des structures contribuent à pérenniser le processus.
- ▶ Les lacunes en matière d'infrastructures, d'équipements et autres déficiences matérielles peuvent être largement comblées par les structures, les districts et les régions eux-mêmes.
- ▶ L'attribution d'une étoile permettra à la communauté de reconnaître, d'apprécier et de se faire une réputation.

Résultats

Le programme SBM-R suppose en outre que dans le contexte du système de santé guinéen, les mécanismes générateurs du programme SBM-R seront suffisants pour catalyser des améliorations de la qualité des services et des structures qui peuvent être mesurées par l'amélioration des systèmes de services et des résultats sanitaires. Plus précisément, lorsque les structures parviendront à obtenir une étoile, les progrès auront les résultats suivants :

- ▶ La participation au processus d'amélioration de la qualité et la réalisation (en étoiles) changeront la culture organisationnelle vers la performance et le contrôle des services ;
- ▶ L'action collective, l'engagement et le leadership au niveau des structures et des districts avec des résultats démontrables permettront de maintenir l'élan et de stimuler l'appropriation du programme par le ministère de la santé ;
- ▶ L'engagement du ministère de la santé permettra de dégager des investissements et un soutien pour les besoins des structures afin de maintenir les améliorations ;
- ▶ Les réalisations et les investissements potentiels associés du ministère de la santé motiveront les prestataires et les autres membres du personnel à rester engagés et à participer au cycle d'amélioration de la qualité ;
- ▶ La reconnaissance par la communauté de l'amélioration de la qualité des services dans sa structure locale conduit à une plus large utilisation des services de santé ; et
- ▶ La santé maternelle et infantile s'améliorera.

Nous concluons que dans le contexte des services de santé guinéens dans les structures SBM-R soutenues par le projet HSD, de l'engagement actuel du ministère de la santé à tous les niveaux et le déficit de confiance préexistant de la communauté à l'égard du secteur de la santé, les processus d'amélioration de la qualité par le biais de la SBM-R (mécanisme génératif) peuvent

conduire à des améliorations modestes qui contribuent à certains résultats en matière de santé. Les résultats potentiels pourraient inclure :

- ▶ Améliorations positives à court terme des performances cliniques conduisant à une meilleure prestation de services de santé spécifiques et à l'amélioration des résultats immédiats en matière de santé qui en résulte ;
- ▶ Des systèmes de gestion améliorés sont nécessaires pour commencer à relever les défis en matière d'hygiène et d'assainissement, mais pas suffisamment pour modifier de manière significative les résultats de la PCI (en raison des limitations structurelles en termes d'eau, de gestion des déchets et d'équipement nécessaire à la stérilisation, ainsi que de la difficulté à modifier le comportement des prestataires) ; et
- ▶ Renforcement des liens et de l'appropriation des efforts d'amélioration de la qualité des structures par les communautés et les représentants locaux du gouvernement, y compris le DPS et le DRS ; et
- ▶ La satisfaction, la confiance et l'utilisation de la structure et de ses services par la communauté s'améliorent grâce au processus d'AQ.

Cependant, nous ne voyons pas le contexte changer de manière significative grâce à la SBM-R pour soutenir et étendre le programme par le ministère de la santé sans un changement dans l'approche pour augmenter leur leadership et leur responsabilité dans le processus..

RECOMMANDATIONS POUR LA DURABILITÉ

Contexte

- ▶ De petites rénovations des structures de santé sont nécessaires pour la dotation de soins intégrés de qualité pouvant répondre aux normes PCI.
- ▶ Il est nécessaire d'étendre ces processus aux centres de santé ruraux et plus petits qui n'ont toujours pas de matériels adéquats et manquent d'équipements de base comme des lits et des balances. Les "stratégies avancées" (outreach) et les systèmes de référence doivent également être améliorés.

- ▶ Une meilleure compréhension de la manière d'adapter l'approche de la SBM-R à l'ensemble des structures, des petits centres de santé aux grands hôpitaux, est nécessaire pour garantir le succès de l'engagement de ces structures dans l'approche. Une approche "unique" ne fonctionnera pas.

Processus

- ▶ L'engagement du personnel et des cadres pour l'amélioration de la qualité doit être intrinsèque aux descriptions de poste. Des ressources supplémentaires ne devraient pas être nécessaires pour s'engager et participer aux processus d'amélioration de la qualité à mettre en œuvre dans les services et structures existants avec les ressources existantes.
- ▶ L'engagement des communautés en tant que partenaires augmente l'engagement et la motivation à réaliser des améliorations de la qualité dans les structures.
- ▶ Le comité national qui valide la SBM-R au niveau de la structure doit être formalisé dans le cadre des descriptions de poste ou compensé pour assurer son fonctionnement régulier. Rendre les progrès plus visibles grâce à des Tableaux de bord publics avec des étapes progressives contribuera à maintenir l'engagement dans le processus. Le comité doit se réunir et procéder à des évaluations à intervalles réguliers sur lesquelles le personnel et les communautés peuvent compter et qu'ils peuvent planifier. L'actuelle convocation ad hoc du comité ne valorise pas le processus. Elle ne permet pas non plus de supprimer les étoiles en cas de performances insatisfaisantes, ce qui est également essentiel pour la validité du processus.
- ▶ Les critères de performance évalués dans le cadre de la SBM-R sont nombreux et interdépendants, notamment en ce qui concerne la PCI, de sorte que si un facteur est hors service, de nombreux autres critères ne peuvent être satisfaits. Un ensemble minimal de critères qui saisissent les aspects les plus critiques de la qualité des soins pourrait remplacer la liste actuelle afin de rendre la réalisation (et le maintien des normes de base) à la portée de toutes les structures.
- ▶ Pour les critères de performance de l'outil, il serait utile de disposer d'une liste des équipements et infrastructures essentiels, que toutes les structures

devraient avoir mis en place pour atteindre les normes de performance. Cela permettra de se pencher sur la pression exercée sur les représentants des ministères de la santé des préfectures et des régions afin de s'assurer que les exigences minimales sont respectées dans chaque structure sanitaire.

- ▶ Pour faciliter l'évaluation interne régulière à l'aide des critères, une version sous forme de tablette pourrait être établie pour permettre à l'équipe de vérifier si les équipements, matériels, consommables et autres ressources essentiels sont en place et, si ce n'est pas le cas, d'avoir un schéma de saut pour éviter de répondre à des questions interdépendantes. Le passage à la technologie des tablettes favorisera également le partage des données à tous les niveaux.
- ▶ Les progrès réalisés au niveau des indicateurs devraient également être évalués par le processus, en démontrant les efforts et la réalisation progressive des critères. Si cela était rendu visible, cela pourrait motiver le personnel et les communautés à s'engager plus activement. Cela nécessiterait d'attribuer des étapes ou des points ou des notes par sous-domaines tels que l'équipement, l'infrastructure, la convivialité, l'engagement communautaire, les normes de qualité clinique - dont certains peuvent être affectés plus facilement par le personnel que d'autres.

Engagement

- ▶ Le renforcement des compétences et un suivi étroit sont nécessaires avec les gestionnaires à tous les niveaux pour encourager l'appropriation et l'engagement dans le processus. De nombreux critères relatifs au personnel pourraient être satisfaits grâce à un suivi plus étroit et à de petites améliorations des conditions de travail, à commencer par la gestion des déchets et l'hygiène. Cela nécessitera également une formation continue et l'engagement du personnel et du COSAH.
- ▶ Une meilleure direction de la gestion dans la conduite du contrôle et de la supervision mensuels pourrait réengager le personnel de la structure dans la SBM-R.
- ▶ Compte tenu de leur engagement, les responsables des ministères de la santé aux niveaux du DPS et du DRS devraient envisager de fournir du personnel qualifié supplémentaire et d'améliorer les structures. Pour ne pas perdre l'élan, une évaluation devrait avoir

lieu dès qu'ils auront fait des progrès significatifs depuis leur début. Pour ne pas perdre l'élan, les responsables de la DPS et de la DRS doivent fournir un soutien de base en réparant et en rénovant les équipements et les structures essentiels. À Labé, la réparation de l'incinérateur est urgente et méritée.

Performance (Réalizations et résultats)

- ▶ Une constellation de facteurs contribue à l'amélioration de la qualité plus que la simple durée d'engagement de la structure dans le processus. Le contexte spécifique d'une structure doit être pris en compte. Envisager la simplification du processus d'AQ afin de se concentrer sur les indicateurs du processus de gestion liés au respect des normes de gestion pour toutes les structures (à un niveau élevé) plutôt que sur l'enquête granulaire qui peut mal centrer l'attention sur les détails alors que les questions plus larges de processus et de leadership déterminent principalement l'efficacité de l'engagement de la structure.
- ▶ Le processus SBM-R démontre que les critères de performance clinique peuvent être améliorés grâce à la formation continue et à la supervision de soutien au niveau des structures. Des améliorations spectaculaires ont été observées peu de temps après le début du projet HSD. Le HSD a facilité le processus en préparant une équipe de formateurs dans tout le pays. Pour maintenir les progrès, un investissement régulier dans la formation sur les normes et le recyclage sera nécessaire à l'avenir et pourra être mené par le ministère de la santé de la préfecture et de la région.
- ▶ Lorsque les performances cliniques sont jugées insatisfaisantes, voire nuisibles, des mécanismes de recours immédiat doivent être mis en place avec des mesures disciplinaires claires pour tous. Par exemple, la direction doit réagir à la découverte que certains prestataires donnent des opinions personnelles et biaisées sur des messages de planification familiale qui ne sont pas fondés sur des preuves.
- ▶ Le rôle des responsables de structure, préfectorales et régionales ne peut être sous-estimé. La SBM-R a facilité le leadership managérial grâce à des outils et des protocoles de formation, ce qui s'est avéré efficace dans certains districts sanitaires et structures. Compte tenu du rôle qu'ils jouent dans le processus

d'amélioration de la qualité, il serait possible de faire davantage pour mesurer les performances de gestion et la résolution des problèmes dans le cadre du processus d'évaluation de la SBM-R.

- ▶ Les gestionnaires de structures peuvent faire progresser l'amélioration de la qualité en donnant la priorité aux solutions systémiques par le biais de lignes directrices, de listes de contrôle, de mesures de supervision et de contrôle. Actuellement, dans certaines structures, la supervision est ad hoc. L'utilisation des données d'évaluation pour élaborer un plan d'action penché sur des questions spécifiques n'a pas été faite de manière cohérente. Les comportements routiniers devraient être mis en avant. Le programme SBM-R devrait développer, avec les responsables, des outils adaptés qui peuvent faciliter la gestion de la PCI, y compris les mesures d'assainissement et d'hygiène de base dans tous les services. La communauté pourrait être invitée à participer au soutien de ces mesures.
- ▶ Les gestionnaires des structures doivent être proactifs en identifiant les lacunes des équipements et des infrastructures qui limitent les améliorations de la qualité. Le programme de SBM-R doit inclure des exercices d'évaluation qui vont au-delà de la structure et qui soulèvent la question et la responsabilité de l'amélioration de la qualité au niveau du district et de la région pour les intrants qui ne peuvent être traités localement. Le processus de SBM-R doit impliquer le ministère de la santé à tous les niveaux pour qu'il s'approprie les réalisations et les défis qu'il doit aider à surmonter. Les besoins et les obstacles à la réalisation doivent être rendus visibles dans le processus.
- ▶ Les améliorations essentielles des structures, notamment l'eau, l'assainissement (toilettes et gestion des déchets) et la stérilisation, doivent être soutenues pour servir de base à l'amélioration de la qualité. L'investissement dans ces domaines contribue également à renforcer l'engagement du personnel et à créer une dynamique en faveur de nouvelles améliorations.

Analyse (Facteurs de performance internes et externes)

- ▶ La constitution d'équipes pour s'engager dans des processus d'amélioration de la qualité exige plus qu'une formation sur les compétences cliniques et managériales, elle nécessite également de fournir la formation et les ressources dont le personnel et les gestionnaires ont besoin, afin qu'ils puissent travailler ensemble efficacement à la réalisation d'objectifs communs. Il s'agit d'un processus continu qui devra être intégré dans la culture de l'organisation. Pour changer la culture organisationnelle dans les structures et motiver ceux qui ne sont pas encore engagés, des incitations nouvelles ou adaptées (non monétaires) doivent être développées avec les prestataires afin de s'assurer qu'elles sont appréciées et valorisées par le personnel en première ligne des efforts d'amélioration de la qualité.

Perspectives sur l'appropriation, la reproductibilité et la durabilité

- ▶ Les efforts du projet HSD pour mettre en place des comités régionaux de SBM-R sont importants pour l'appropriation locale, la durabilité et le suivi et devraient être soutenus et renforcés par toute activité future de l'USAID dans le secteur.
- ▶ Comme il est peu probable que le district et les structures puissent maintenir le niveau des apports du projet HSD, il sera nécessaire de plaider pour d'autres sources de soutien externe, éventuellement par le biais des ressources de l'administration locale et de la communauté pour maintenir l'élan que la SBM-R a créé.
- ▶ Pour impliquer pleinement les communautés et le personnel des structures dans le cycle d'amélioration, le soutien doit être ancré au niveau local. Les représentants du gouvernement de tous les secteurs et niveaux doivent s'engager dans une saine compétition et faire équipe avec la structure pour apporter les améliorations. Les structures, même avec le soutien de la communauté, ne peuvent pas faire cavalier seul. Le projet HSD et les futures activités de l'USAID doivent travailler plus étroitement avec les parties prenantes multisectorielles au-delà du ministère de la santé afin de renforcer le soutien et l'engagement envers le programme, en particulier avec le soutien des structures de gouvernance locales.

