



USAID
DON DU PEUPLE AMERICAIN



Partners for Health Reformplus

Gestion de la Qualité des Services de Santé : Mise a l'épreuve d'un manuel destiné aux gestionnaires des mutuelles de santé

Juillet 2005

Préparé par :

Mounir M. Touré, PhD
Consultant
Abt Associates Inc.
Coordonnateur du test

Ce document a été produit par PHRplus et financé par l'Agence Américaine pour le Développement Internationale (USAID) sous le numéro de projet 936-5974.13, No de contrat HRN-C-00-00-00019-00, et fait partie du domaine public. Les idées et opinions dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas obligatoirement celles de USAID ou de ses employés. Les parties intéressées peuvent utiliser ce rapport en partie ou dans sa totalité, mais doivent conserver l'intégrité de ce rapport et ne doivent pas fausser les résultats ou présenter ce travail comme leur appartenant. Ce document, ainsi que les autres documents HFS, PHR, et PHRplus peuvent être consultés et téléchargés sur le site Internet du projet. www.phrplus.org.



Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600 ■ Bethesda, Maryland 20814
Tel: 301/913-0500 ■ Fax: 301/652-3916

En collaboration avec :

Development Associates, Inc. ■ Emory University Rollins School of Public Health ■ Philoxenia International Travel, Inc. ■ PATH ■ Social Sectors Development Strategies, Inc. ■ Training Resources Group ■ Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine ■ University Research Co., LLC.

Order No WP 011F



Mission

Le projet Partners for Health Reformplus (PHRplus) vise à améliorer la santé de la population dans les pays à faible niveau de revenu ou à niveau de revenu moyen en soutenant des réformes du secteur de la santé qui assurent un accès équitable à des soins de santé efficaces, viables et de qualité. En association avec des parties prenantes locales, PHRplus encourage une approche intégrée de la réforme de la santé et construit des capacités dans les domaines importants suivants :

- ▲ *Processus de choix politiques mieux informés et plus interactifs pour les réformes des secteurs de la santé ;*
- ▲ *Systèmes de financement de la santé plus équitables et plus viables ;*
- ▲ *Incitations améliorées au sein des systèmes de santé pour encourager les agents à utiliser et à fournir des services de santé efficaces et de qualité ; et*
- ▲ *Organisation et gestion améliorées des établissements et des systèmes de soins de santé à l'appui de réformes spécifiques du secteur de la santé.*
- ▲ *PHRplus fait progresser les connaissances et les méthodologies pour développer, mettre en oeuvre et contrôler les réformes de la santé et leur impact, ainsi que pour promouvoir des échanges d'informations sur des questions cruciales concernant la réforme de la santé.*

Juillet 2005

Citation recommandée

Touré, Mounir M. Juillet 2005. *Gestion de la Qualité des Services de Santé Mise à l'épreuve d'un manuel destiné aux gestionnaires des mutuelles de santé*. Bethesda, MD : The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce rapport, prenez contact avec le PHRplus Resource Center à pub_order@phrproject.com ou visitez notre site Web à www.phrproject.com.

No Contrat/Projet : HRN-C-00-00-00019-00

Soumis à : Karen Cavanaugh, CTO
Health Systems Division
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Field Support and Research
United States Agency for International Development

''Autrefois, notre problème, c'était d'accéder aux soins. Maintenant, c'est clair, nous réclamons des services de qualité.''

Un mutualiste membre de CAQ

''... Au fond, les mutualistes n'ont fait que nous signaler des choses qui auraient du être faites et que nous avons omises de faire.''

Un infirmier chef de poste de santé

Abstrait

Le présent rapport présente la méthodologie adoptée pour la mise à l'épreuve du manuel de gestion de la qualité des services de santé à l'intention des communautés. C'est aussi une synthèse du déroulement et des principaux enseignements tirés de l'expérience vécue sur le terrain.

Table of Contents

Acronymes.....	xi
Remerciements	xiii
Résumé Exécutif.....	xv
1. Description du Manuel	1
2. But du test.....	3
3. Contexte.....	5
3.1 Environnement	5
3.2 Participants au test.....	6
3.2.1 Le Public Cible	6
3.2.2 Les prestataires de services de santé.....	7
3.2.3 Le Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes	7
3.2.4 Le BIT / STEP	7
3.2.5 La coordination régionale de mutuelles de santé de Thiès	8
4. Méthodologie.....	9
4.1 Cadre conceptuel	9
4.1.1 Hypothèses et présupposés	9
4.1.2 Mesure des apprentissages : Le modèle de Kirkpatrick (1959).....	9
4.1.3 Objets des mesures	10
4.2 Description de l'expérience	10
4.2.1 Format général.....	10
4.2.2 Etapes de l'expérimentation	11
4.3 Techniques et outils de mesures	14
4.3.1 L'observation participative, les rapports d'observation	14
4.3.2 Les discussions de groupes (focus-group discussions).....	14
4.3.3 Les interviews.....	14
4.3.4 La compilation des documents (mesure des aptitudes et connaissances).....	15
4.4 Echantillonnage	15
5. Déroulement de l'expérience.....	17
5.1 Implantation.....	17
5.1.1 Planification des activités du test et transfert des compétences.....	17
5.1.2 Feedback aux mutuelles de santé et mise sur pied des CAQ.....	17

5.1.3	Caractéristiques socio-démographiques des membres de CAQ	18
5.2	Suivi/monitoring de la réalisation des projets AQ.....	19
5.2.1	Fonctionnement des CAQ.....	19
5.2.2	Les prestataires	20
5.2.3	Monitoring des projets AQ des mutuelles de santé	21
5.3	Evaluation / Synthèse	21
5.3.1	Questionnaire destiné aux lecteurs du manuel.....	21
5.3.2	Outils pour la synthèse	23
6.	Leçons apprises.....	25
6.1	Constitution d'un cadre d'expression structuré	25
6.2	Amélioration de la qualité des services de santé à partir des attentes de la communauté ...	27
6.3	Utilisation du manuel, maîtrise des concepts de base et de la démarche.....	30
6.4	Appui technique	30
6.5	Gestion de la qualité : Création, fonctionnement des CAQ, implication	31
6.6	Perspectives de pérennisation / extension aux autres mutuelles de santé & structures de santé.	32
7.	Conclusions	33

Acronymes

AQ	Assurance de qualité
BIT	Bureau International du Travail
CAQ	Comités de gestion de la qualité
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiative Mutualistes
PHRplus	<i>Partners for Health Reformplus</i>
PS	Poste de santé
STEP	<i>Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty</i>
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

Remerciements

Les auteurs aimeraient souligner l'appui indispensable des membres de l'équipe chargée du test :

Mounir M. Touré (PHR*plus*)

André Demba Wade (GRAIM)

Widad Batnini (BIT/STEP)

Assane Guèye "doyen" (Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès)

Diao Diop (GRAIM)

Charles Malick Wade (GRAIM)

Emile Tine (GRAIM)

Ferdinand Mbaye (GRAIM)

Ali Cissé (BIT/STEP)

.

Résumé Exécutif

Partners for Health Reform*plus* (PHR*plus*), est un projet phare de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) pour le renforcement des systèmes et politiques de santé, dans les pays à développement faible ou intermédiaire. Sa mission est de promouvoir des politiques, le financement et l'organisation du secteur de la santé.

En collaboration avec Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty (STEP) et the Stronger Voices Project, PHR*plus* a conçu un manuel, afin de permettre aux mutuelles de santé d'élaborer des stratégies efficaces pour assurer et améliorer la qualité des services de santé qui leurs sont offerts. De façon spécifique, ce manuel a été conçu pour aider les mutuelles à intégrer l'assurance de qualité dans la gestion quotidienne de leur organisation.

Le présent rapport fait la synthèse de la démarche adoptée dans la mise à l'épreuve du manuel en situation réelle afin d'apprécier ses capacités à remplir sa mission.

Le test s'est déroulé d'avril 2003 à janvier 2005 au Sénégal auprès de six (6) mutuelles de santé et des structures sanitaires partenaires. Le Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes le (GRAIM), et le BIT/STEP ont fourni les membres de l'équipe de supervision tandis que le Bureau pays de PHR*plus* a engagé un consultant (Mounir Touré) pour la coordination du test. Les prestataires issus des neuf (9) structures de santé ayant une convention avec ces mutuelles de santé ont participé au test. La coordination régionale des mutuelles de santé de la Région de Thiès a fourni un autre participant superviseur.

Du point de vue méthodologique, le test consistait à amener les participants à réaliser un projet localisé d'assurance de qualité, sur la base des enseignements du manuel. Une quarantaine de mutualistes et de prestataires ont bénéficié de ces enseignements. Un renforcement des acquis simultané était assuré par l'équipe de supervision / monitoring. La mesure des apprentissages avec comme cadre logique le modèle de Kirkpatrick (une modèle très commun pour évaluer les formations) complétait la méthodologie.

Les mutuelles de santé participantes ont cette particularité que ce sont des organisations communautaires relativement petites. En plus, elles connaissent toutes des problèmes de fonctionnement. Malgré le niveau d'instruction élevé des gestionnaires chargés de gérer la qualité au sein de ces mutuelles de santé, la démarche de l'assurance de qualité se révèle très complexe pour des communautés non habituées. En dépit de cela et grâce au monitoring assurée par l'équipe de supervision, les 6 mutuelles de santé qui ont effectivement participé ont pu gérer un projet complet d'assurance de qualité.

Les principales leçons à tirer de cette expérience sont :

1. La démarche d'assurance de qualité est applicable à partir des attentes de la communauté.
2. Bien que connaissant des insuffisances, le matériel didactique, même dans sa forme actuelle a pu servir de base à une acquisition de compétences nécessaires.

3. Des améliorations au manuel sont indispensables pour une meilleure exploitation. C'est ainsi que la conception d'un guide annex pur servir d'outil de référence aux gestionnaires de la qualité se révèle indispensable.

Il est aussi apparu que pour réussir l'implantation de l'assurance de qualité (AQ) à partir d'une communauté, il y a certaines principes qu'on doit considérer:

1. L'établissement de relations de confiance entre mutualistes et prestataires est une donnée vitale. Par ailleurs, l'implication des prestataires dès le début du processus est un paramètre fondamental pour la réussite du processus. En effet, l'approche AQ a permis aux mutualistes et aux prestataires de se découvrir mutuellement, d'établir un pont et un cadre dans lequel ils utilisent un langage commun et poursuivent des objectifs communs.
2. Des mécanismes doivent être développés pour informer / impliquer les membres ordinaires, mais aussi les personnels des structures de santé.
3. Quel que soit le matériel didactique disponible, un appui technique pourrait être nécessaire, au moins pour le premier cycle AQ communautaire. C'est la complexité de la démarche AQ elle-même qui appelle un tel précepte.

1. Description du Manuel

En 2001 Partners for Health Reform*plus* (PHR*plus*) et the Stronger Voices Project ont mené une étude au Ghana, au Sénégal, et en Tanzanie auprès de 24 mutuelles de santé. Ils se proposaient de déterminer la place de la qualité des services dans le fonctionnement des mutuelles de santé. Les résultats de l'étude ont établi que, non seulement la qualité des services est une donnée importante pour les mutualistes, mais qu'elle constituait un souci fondamental.

En effet, 52% des responsables des mutuelles de santé enquêtés ont déclaré que ‘‘assurer la qualité des soins offerts à leurs membres, est l'aspect le plus important de leur travail de responsables’’¹. Les résultats de l'étude ont amené PHR*plus* et ses partenaires à concevoir un manuel, afin d'aider les mutualistes à intégrer l'assurance de qualité dans la gestion quotidienne de leur mutuelle de santé.

La première ébauche du manuel a été produite en 2002, en collaboration avec le Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty (STEP) et le projet the Stronger Voices Project. Le manuel a été conçu avec la préoccupation principale de développer les domaines de qualité que les mutualistes peuvent gérer en solitaire ou tout au plus, avec une assistance limitée.

Les objectifs spécifiques du manuel sont d'aider les membres des mutuelles de santé à :

- ▲ maîtriser les fondements de l'Assurance de Qualité (AQ) et
- ▲ élaborer des stratégies efficaces pour assurer et améliorer la qualité des services de santé qui leurs sont offerts.

En octobre 2002, un atelier de validation du manuel s'est tenu au Ghana (Elmina). L'atelier avait pour objectif de soumettre le manuel à un examen critique des experts de la qualité des services. Cet atelier a permis de recueillir les commentaires et suggestions de mutualistes chevronnés, des représentants régionaux de la santé et des structures d'appui aux mutuelles de santé.

Le manuel est destiné prioritairement aux gestionnaires des mutuelles de santé. Toutefois, les partenaires pour l'appui au développement des mutuelles de santé, les décideurs, peuvent y trouver de solides indications pour travailler de concert avec les clients sur l'amélioration de la qualité des services. Les professionnels de la santé soucieux de travailler avec les mutuelles de santé y trouveront aussi des références intéressantes pour comprendre la perspective mutualiste de la qualité.

L'ouvrage est subdivisé en six (6) sections. Il débute par une section introductive qui expose la problématique de la qualité des services de santé. La section 2 établit la pertinence de la question de la qualité dans le cadre des mutuelles de santé et introduit la dialectique de la gestion de la qualité dans le fonctionnement normal des mutuelles de santé.

¹ Kelley, A.G. et C. Quijada. 2001. The Role of Quality in Mutual Health Organizations: Report of a Field Study in Ghana, Senegal and Tanzania. Bethesda, MD: Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates Inc.

La Section 3 offre une vue d'ensemble des termes utilisés et des concepts de base de la qualité. Cette section est le produit d'une revue de la littérature et des résultats de l'étude préliminaire². Une des conclusions tirées de cette section est que les acteurs, à différents niveaux du système sanitaire, peuvent avoir des perspectives différentes mais complémentaires de la qualité des services.

La Section 4 développe une démarche originale permettant aux mutualistes, à partir des relations contractuelles qu'elles entretiennent avec les prestataires de services de santé, d'intégrer la dimension qualité dans leurs activités. Elle conduit pas à pas les mutualistes à travers l'approche d'assurance de qualité.

La Section 5 développe le concept et les outils de monitoring de la qualité dans le contexte mutualiste. Elle indique aux utilisateurs qu'il s'agit d'une activité à mener conjointement avec les prestataires. Cette section initie l'utilisateur à la conception et à l'utilisation d'outils de suivi de la qualité et donne des indications sur le feedback des résultats aux contractants, pour identifier les problèmes afin de discuter des solutions adéquates.

La Section 6 présente une liste d'outils de mesure de la qualité, pertinents au contexte mutualiste. Ces outils sont le résultats de 30 années de recherche menées par University Research Co, LLC (contractant de PHR*plus*) et EngenderHealth (partenaire de the Stronger Voices Project), dans le domaine de l'évaluation de la qualité, de l'assurance de qualité et de l'amélioration de la qualité des services de santé.

² Ibid

2. But du test

Le manuel n'avait pas, jusqu'ici subi, l'épreuve du terrain. Le présent test a pour objectif de tester le manuel en situation réelle afin d'apprécier ses capacités à remplir sa mission. Le manuel introduit les aspects de qualité, qui tiennent compte de l'opinion du client, et se fonde sur l'hypothèse que la gestion de la qualité doit se faire en partenariat avec les demandeurs de services, en l'occurrence les mutualistes. Cette mise à l'épreuve poursuit trois (3) objectifs majeurs :

- ▲ Evaluer les qualités didactiques du manuel : notamment la structure du manuel, le style du langage, le mode d'utilisation, et sa capacité à conduire les mutualistes à maîtriser les concepts de base de l'assurance de qualité
- ▲ Apprécier la faisabilité d'une démarche d'assurance de qualité fondée sur les besoins du client
- ▲ Identifier la manière dont la version finale du manuel pourrait être, si besoin, améliorée et adaptée.

A propos de la capacité des mutualistes à maîtriser les concepts de base de l'AQ, le présent test cherche à déterminer si le manuel, accompagné d'une formation, permettra aux gestionnaires des mutuelles de santé de :

- ▲ Définir la qualité au sein de leur mutuelle de santé ?
- ▲ Transformer les attentes des membres de leur mutuelle de santé en standards de qualité?
- ▲ Inclure les standards de qualité dans les conventions signées avec les prestataires de soins ?
- ▲ Assurer un suivi des standards de qualité ?
- ▲ Utiliser effectivement et de manière correcte les principes acquis ?
- ▲ S'approprier le programme d'amélioration de la qualité ?
- ▲ Améliorer de manière perceptible et en termes de valeur ajoutée la qualité des services offerts à l'issue d'un cycle d'assurance de qualité ?

La réponse à ces questions devrait permettre d'envisager des améliorations ultimes pour rendre le manuel plus opérationnel.

3. Contexte

3.1 Environnement

Suite aux contraintes financières, le test du manuel s'est fait dans un contexte social et sanitaire relativement limité et n'a donc pu être étendu à d'autres pays. En définitive, seules les mutuelles de santé du Sénégal auront servi au test du manuel.

Le Sénégal est situé à la pointe occidentale de l'Afrique. Le pays abrite 9,8 millions d'habitants (2001), soit une densité moyenne de 48 habitants au km². Le système de santé se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux ;

- ▲ L'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire
- ▲ L'échelon intermédiaire qui correspond à la région médicale
- ▲ L'échelon central pour le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

Le **district sanitaire** est assimilé à une zone opérationnelle organisée autour d'un centre de santé satellisant un réseau de structures sanitaires publiques et privés (postes et cases de santé, officines). Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin-chef.

Le **centre de santé** est un hôpital de district. Il offre des soins primaires (consultations curatives primaires et prévention) et secondaires (hospitalisation, services de laboratoire et d'exams radiologiques etc.) le personnel est composé d'au moins un médecin, des infirmiers, des sages-femmes et peut comprendre des spécialistes de radiologie, de laboratoire, de gynécologie etc. Ces techniciens sont appuyés par un personnel communautaire recruté par le comité de santé.

Le **poste de santé** (PS) est une infrastructure de santé implantée dans une commune, un chef-lieu de communauté rurale ou un village relativement peuplé. Il s'appuie au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones.

Le Sénégal compte actuellement 768 postes de santé, 54 centres de santé et 20 hôpitaux.

En terme de couverture passive, il y avait en 1999,

- ▲ 1 poste de santé pour 11.500 habitants
- ▲ 1 centre de santé pour 175.000 habitants
- ▲ 1 hôpital pour 545.800 habitants

Le **comité de santé** est l'expression de la participation communautaire à l'effort de santé publique. Cette participation se manifeste par une *co-gestion* des structures de santé publiques. Cette gestion en commun (par les techniciens responsables de la structure et le comité de santé), couvre des domaines multiples et variés, allant des activités préventives et curatives, à la réalisation et à l'équipement d'infrastructures. Elle comprend aussi la participation financière, la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des projets et programmes de santé. Le comité de santé a le même ressort que la zone opérationnelle de la structure sanitaire. Il agit en étroite collaboration avec les autorités administratives et sanitaires.

Dans les régions de Thiès et de Dakar qui ont abrité le test, les mutuelles de santé ont principalement des relations conventionnelles avec les postes et centres de santé. Cependant, la plupart des mutuelles de santé de Thiès ont aussi une convention avec l'Hôpital St Jean de Dieu de Thiès.

3.2 Participants au test

3.2.1 Le public cible

A ce jour, il existerait 81 mutuelles de santé fonctionnelles au Sénégal. Sept (7) mutuelles de santé ont été sélectionnées au démarrage, pour être associées au test.

Le tableau suivant présente les mutuelles de santé, leur localisation et les structures de santé auxquelles elles sont liées par une convention.

Mutuelles de Santé-Tests	District Sanitaire /Localité	Structures de Santé-Prestataires	Nombre de Beneficiaires
1. FISSEL	Village de Fissel/ District sanitaire de Mbour	Poste de santé de Fissel	
2. AND FAGARU	Commune de Thiès / District sanitaire de Thiès	Postes de santé de Médina Fall & PS de Nguinth	6.000
3. SOPPANTE	Village de Touba Peyckouck / District sanitaire de Thiès	Poste de santé de Touba Peyckouck	500
4. WERWERLE DAKAR	Commune de Guédiawaye / District sanitaire de Dakar	Centre de santé Roi Baudouin	2.275
5. DEGGO	Commune de Mbour / District sanitaire de Mbour	Poste de santé de CHADEN & PS de Tefess	1.558
6. SAMMSAGOX	Commune de Mbour / District sanitaire de Mbour	Centre de santé de Mbour & PS de Grand Mbour	2.400
7. WERWERLE THIÈS	Commune de Khombole / District sanitaire de Khombole	Centre de santé de Khombole & PS de POUT	3.033

Les critères de sélection des mutuelles de santé pour servir de cadre au test ont été définis uniquement par rapport au jugement que la mutuelle avait porté sur la qualité des prestations qui étaient offertes à leurs membres. Ainsi, il y a eu :

- a) Trois (3) mutuelles de santé dont les membres ne sont pas satisfaits de la qualité des services qui leur sont offerts : (Soppanté, And Fagaru, et Fissel).

- b) Deux (2) mutuelles de santé en gestation (Sam Sa Gox, et Déggo) de Mbour
- c) Deux (2) mutuelles de santé partenaires du Bureau International du Travail (BIT)/STEP (Werwerlé Dakar et Werwerlé Thiès).

Soulignons que deux (2) des mutuelles de santé sont des organisations gérées par des femmes, deux (2) mutuelles de santé sont situées en zone rurale, alors que quatre (4) sont situées en zone urbaine.

La mutuelle de santé Fissel a traversé une grave crise qui lui a finalement empêché d'exécuter des étapes importantes pour débiter le processus d'AQ. Elle s'est ainsi exclue du test.

3.2.2 Les prestataires de services de santé

L'un des postulats du test a été que les prestataires détiennent seuls les paramètres pour agir sur la qualité des services. La nouvelle approche AQ a certes le potentiel d'augmenter une demande accrue de services de santé de qualité. Cependant, l'on se dit que l'implication des mutualistes dans le domaine jusqu'ici réservé aux prestataires ne pourrait se faire sans susciter de craintes et résistances potentielles de la part des prestataires de santé. Raison pour la quelle les prestataires de soins ont été informés du bien fondé du programme et des principes de l'AQ.

Les prestataires ont été invités à participer, soit parce qu'ils avaient déjà une convention avec les mutuelles de santé-tests, soit parce que celles-ci s'apprêtaient à en signer une avec elles.

Chacune des structures de santé ciblées était représentée par trois (3) personnes : le technicien responsable de la structure, le président et le trésorier du comité de santé (ou le secrétaire général en cas d'indisponibilité de l'un).

3.2.3 Le Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes

Le Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes (GRAIM) est une organisation locale regroupant des mutualistes expérimentés. Fonctionnant sur une base volontariste, elle se voue à l'appui aux mutuelles de santé, particulièrement celles de la Région de Thiès. La plupart de ses membres jouent encore un rôle clé dans la gestion de leur propre mutuelle de santé. Cette organisation a permis à PHR*plus* d'avoir une porte d'entrée dans le mouvement mutualiste et de nouer un partenariat qui lui permet de profiter des rapports étroits entre cette organisation et les mutuelles de santé. Le GRAIM a été associé à tout le processus de la démarche AQ afin, qu'en tant que structure d'appui aux initiatives mutualistes locales, il puisse devenir un des acteurs pouvant pérenniser le processus. C'est à justifié que le GRAIM ait joué un rôle majeur dans la conduite du test. Six sociétaires du GRAIM ont ainsi donc participé effectivement au test.

3.2.4 Le BIT / STEP

Le BIT/STEP s'est impliqué dès le départ dans le projet de mise en œuvre du manuel. Cette action s'est aussi poursuivie sur le terrain au cours du test. Deux (2) mutuelles de santé choisies pour servir de test sont des mutuelles de santé appuyées par le BIT/STEP, à savoir - Werwerlé Dakar et Werwerlé de Thiès. Aussi, deux (2) techniciens du BIT/STEP ont intégré l'équipe de suivi du test alors que deux (2) autres participants venant du BIT/STEP ont aussi pris part au test.

Les participants du GRAIM et ceux du BIT/STEP étaient chargés d'assurer l'essentiel des activités d'implantation, de suivi et monitoring des activités des mutuelles de santé-test.

3.2.5 La coordination régionale de mutuelles de santé de Thiès

La coordination de la mutualité de la Région de Thiès est l'une des trois (3) organisations régionales destinées à promouvoir la mutualité. L'appui au renforcement des capacités des mutuelles de santé figure aussi dans sa mission. La coordination, en tant qu'organisation fédérative des mutuelles de santé, sert également à canaliser l'orientation de l'appui offert par les organismes de soutien aux mutuelles de santé.

4. Méthodologie

Pour déterminer les propriétés du manuel, l'approche la plus crédible est sa mise à l'épreuve dans des conditions les plus proches possible d'une utilisation en situation normale par le public-cible. Tel est le fondement de la démarche utilisée pour répondre aux questions de recherche.

4.1 Cadre conceptuel

4.1.1 Hypothèses et présupposés

L'étude menée en prélude à la rédaction du manuel indique clairement que les concepts de base de même que les dimensions de la qualité étaient méconnus dans le milieu mutualiste. Manifestement, pour tous les acteurs, ce test constituait la première expérience en matière d'AQ. Ainsi donc, la familiarisation à la démarche AQ et son application en situation réelle apparaissait comme un gage de maîtrise et d'intéressement pour la pérennisation de l'approche.

La source essentielle dans le contexte actuel, voire l'unique source des compétences en jeu est le manuel (et la formation basée sur le manuel, qui était donnée aux participants). Le test est mené en dehors de toute autre source connue, pouvant être à l'origine d'une contamination. En conséquence, l'un des présupposés qui ont servi de base au test était que toute nouvelle compétence en AQ qui apparaîtrait, devrait être regardée comme résultant d'un apprentissage fait à partir du manuel.

4.1.2 Mesure des apprentissages : Le modèle de Kirkpatrick (1959)

Donald Kirkpatrick a développé un modèle théorique de mesure des apprentissages. Ce modèle qui est l'un des plus utilisés (sinon le plus utilisé) a servi de cadre de référence au test. Le modèle comporte quatre niveaux/objets de mesures.

- ▲ Niveau I : Les réactions des participants. Ce sont les réponses primaires à l'apprentissage et elles révèlent les nouvelles dispositions d'esprit des apprenants. L'évaluation de ce niveau permet de déterminer le degré de prise de conscience de la réalité de la qualité des soins, suite à une immersion dans l'univers de l'AQ.
- ▲ Niveau II : Les connaissances acquises. L'évaluation des connaissances consiste à quantifier les gains en termes de connaissances nouvelles acquises dans le domaine de l'AQ.
- ▲ Niveau III : Les comportements des participants suite à la formation.
- ▲ Niveau IV : Les résultats obtenus en terme de gain pour l'organisation.

4.1.3 Objets des mesures

En s'inscrivant dans ce cadre, on devrait s'attendre à ce que l'introduction du manuel dans le milieu mutualiste ait des conséquences observables sur :

1. les attitudes des mutualistes. Les comportements antérieurs des mutualistes, tels que décrits par l'étude préliminaire, montrent que ceux-ci sont très intéressés par la qualité des services. Cependant, il a été toujours constaté que des sentiments de frustration accompagnent souvent les tentatives des mutualistes d'accéder aux soins de qualité. La gestion de la qualité est vue comme un travail de spécialistes de la santé. Les solutions préconisées ne prévoient qu'une implication minimale des mutualistes dans cette gestion. Ces solutions (ex. le recrutement de médecins chargés de contrôler la qualité des soins) se sont par ailleurs révélées difficiles à mettre en œuvre, surtout pour les mutuelles de santé qui sont face aux problèmes financiers aigus.

Les réactions des mutualistes, suite à la découverte du manuel devraient édifier sur l'apparition ou non, d'attitudes différentes.

2. les connaissances des membres mutualistes. Les mutualistes devraient, avec l'utilisation du présent matériel didactique, présenter une maîtrise des concepts de base liés à l'AQ (concepts d'attentes des mutualistes, de normes et standards de qualité, d'indicateurs et de suivi et monitoring de la qualité...). Jusqu'ici, ils n'utilisaient pas ces concepts parce que ne les maîtrisant pas.
3. les comportements des mutualistes. Il est attendu que les comportements initiaux se modifient. Auparavant, les mutualistes procédaient à des visites de malades hospitalisés, à des interviews de sortie non structurées pour recueillir les plaintes des membres. Surtout ils projetaient de confier la question de la qualité des services à des médecins spécialisés. De nouveaux comportements, de nouvelles activités devraient apparaître, en contraste ou en complément aux anciens comportements.
4. l'amélioration de la qualité des services. Selon la taxonomie proposée par Kirkpatrick, l'ultime changement qui devrait pouvoir être observé suite à un apprentissage, se traduit par des gains pour l'organisation (la mutuelle). Il est donc attendu que des signes perceptibles d'amélioration de la qualité apparaissent au niveau de services offerts aux mutualistes par les structures contractantes. Ces gains devraient pouvoir être mesurés.
5. Il n'a pas été donné de mesurer les connaissances, comportements et attitudes des prestataires sur la question de la qualité pendant l'étude préliminaire. Toutefois, il est attendu que l'introduction du présent matériel ait des conséquences observables sur eux aussi. Il serait intéressant d'apprécier les changements qui vont apparaître chez ces partenaires, du seul fait d'être impliqués dans un processus d'AQ qu'ils n'ont pas initié.

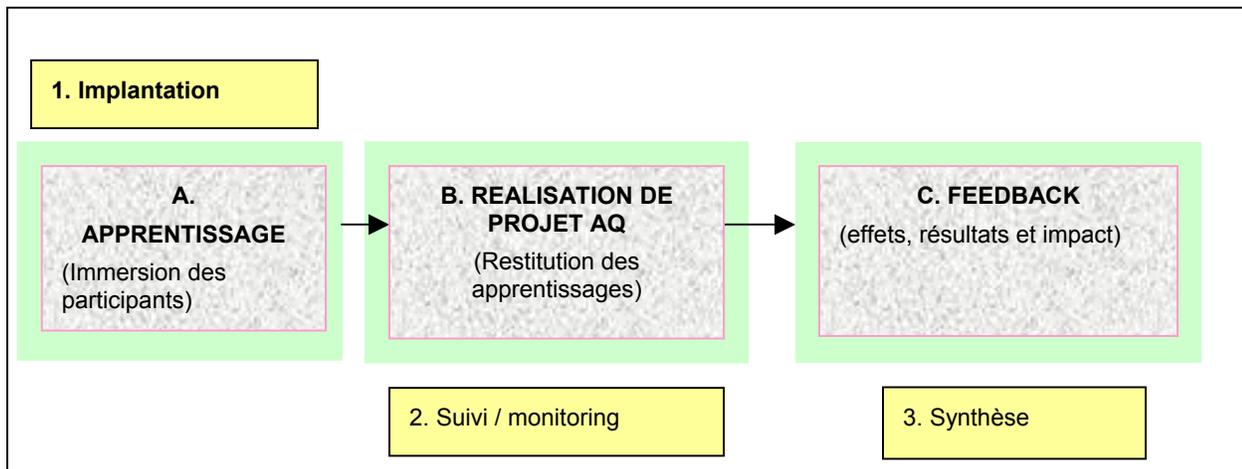
4.2 Description de l'expérience

4.2.1 Format général

Pour apprécier le niveau et la qualité des apprentissages réalisés, une approche dite de '*réalisation de projet*' a été retenue comme support. L'approche consiste à astreindre les mutualistes

à parcourir un cycle d'assurance de qualité, en s'inspirant de l'approche décrite par le manuel. En effet, la gestion d'un programme d'assurance de qualité appelle la mise en branle de processus mentaux et d'habiletés techniques complexes qu'il s'agit de mesurer. Là où les épreuves classiques (écrit, oral, pratique etc.) donnent des résultats parcellaires, une réalisation de projet met simultanément en branle l'intellect, les habiletés manuelles et les attitudes en accord avec les nouveaux acquis. Mieux, la réalisation d'un projet occasionne la production d'un objet observable et donc mesurable (une qualité des soins améliorée).

Le test a pris l'allure générale suivante



4.2.2 Etapes de l'expérimentation

Schématiquement, le test devrait se dérouler en trois (3) phases. Durant chacune des phases, les mutualistes devaient s'atteler à un certain nombre d'activités, alors que l'équipe chargée du test se devait de mener des activités de renforcement des compétences et de mesures.

La phase d'implantation

La phase d'implantation comprend la planification des activités globales du test et le transfert de compétences effectué en direction :

- ▲ Des membres de l'équipe chargée du suivi /monitoring. Les différents acteurs chargés de la supervision du test, les sociétaires du GRAIM et les partenaires du BIT/STEP se présentaient avec des profils et des expériences professionnelles différentes. En plus, la démarche AQ ne leur étant pas familière. Une mise à niveau s'est imposée.
- ▲ Et des administrateurs des mutuelles de santé en présence des prestataires de soins invités.

Lors de la formation des mutualistes, deux approches concurrentes pouvaient être considérées sur la base des présupposés émis plus haut :

- ▲ Soit, mettre le manuel à la disposition des mutualistes, à charge pour eux de l'étudier et d'initier un programme de AQ à partir de la lecture du manuel sans appui extérieur.

- ▲ Soit, assurer le transfert au cours d'un atelier durant lequel, le contenu du manuel est clarifié par l'équipe de supervision, au bénéfice des gestionnaires des mutuelles de santé participantes.

La première approche semblait peu opérante dans le contexte sénégalais, du fait du faible niveau d'alphabétisation de la population sénégalaise. Le taux global de scolarisation primaire est de 60% et de 16% pour le secondaire. Le taux d'analphabétisme chez les adultes atteint 63,6% (plus prononcé en milieu rural où le taux de scolarisation n'est que de 45,5%³). Le test se déroule ainsi dans un contexte où l'oralité est prédominante (domine de loin le lettré). En plus, le contenu du manuel n'est vraisemblablement pas accessible aux personnes ayant juste une instruction primaire. Les cibles ne liraient pas nécessairement le manuel ou cela prendrait du temps. D'autre part, aucune modalité n'est encore prescrite pour l'utilisation du manuel. Le test est d'ailleurs supposé définir les meilleures pratiques pour son utilisation.

Enfin, il faut mentionner que la durée du test est naturellement limitée. Ceci a dicté à l'équipe de test à exercer un certain contrôle sur le calendrier des mutuelles de santé engagées dans la gestion des projets AQ.

C'est sur la base de ces a priori et contraintes que la seconde stratégie a été choisie.

Une des conséquences de ces choix est que les conclusions qui seront tirées ne porteront que sur la possibilité pour les mutualistes de disposer d'un appui technique pour démarrer un programme AQ.

En terme de mesures, l'équipe du test devait, durant cette phase, s'atteler à :

- ▲ Décrire les *réactions* recueillies pendant et tout de suite après la formation, la description des mécanismes et moyens utilisés par les apprenants pour rendre compte aux membres de leurs mutuelles de santé respectives, des mécanismes de création des comités AQ par les mutuelles de santé, l'élaboration d'un plan de travail, du nombre et des caractéristiques des membres des comités de gestion de la qualité (CAQ), les modalités de travail de ces comités. Et,
- ▲ Secondairement à émettre une opinion interprétative sur leur valeur (satisfaction, excitation / découragement, engagement...).

La phase de suivi / monitoring

Les mutuelles de santé test devaient établir une équipe restreinte chargée de gérer la qualité des services (appelés CAQ).

Il revenait au CAQ de :

1. Collecter données sur les besoins et attentes des membres mutualistes sur la qualité des services de santé selon les techniques apprises
2. Analyser les données
3. Choisir / mettre en priorité des dimensions de la qualité selon les attentes identifiées

³ Source : Rapport Mondial sur le Développement 2001 (PNUD)

4. Définir des standards de qualité et des indicateurs
5. Inclure ces standards dans les nouvelles conventions
6. Négocier une nouvelle convention avec les prestataires
7. Identifier /choisir les sources de données de suivi de la qualité
8. Faire un feedback aux prestataires de services de santé

Dans cette phase, l'équipe du test devait assurer une supervision "facilitatrice" avec comme objectif de renforcer les compétences des mutualistes. En plus, l'équipe devait observer et documenter les différentes étapes de la réalisation des projets AQ.

Une coordination était prévue et devait se faire en permanence (par le biais des fiches de suivi) et ponctuellement lors des réunions d'équipe.

Les mesures devaient porter essentiellement sur les comportements des mutualistes. L'équipe devait procéder au dénombrement et à l'analyse des réalisations techniques des comités AQ, identifier les techniques utilisées pour définir les attentes des mutualistes (efficacité, pertinence) et les outils produits, la congruence des standards avec les attentes exprimées par les membres, l'aptitude des mutualistes à négocier des conventions ayant des standards précis, leur capacité pour évaluer l'adhérence aux standards de qualité par les centres de soins. L'aptitude des prestataires à répondre adéquatement aux attentes des membres était aussi jugée.

Les prestataires avaient comme rôle :

1. Participation à la session de formation des mutualistes
2. Conduite des négociations avec les mutuelles de santé
3. Signature /Visa des conventions signées entre mutuelles de santé et comités de santé
4. Feedback de leurs différents constats aux agents testeurs en répondant aux questions lors de l'évaluation finale ou comme membres des focus-group discussions.

La phase d'évaluation / synthèse

Précisément, les objectifs de cette phase était de porter un jugement ultime sur :

1. Les outils élaborés (nombre, nature) par les CAQ,
2. Les techniques utilisées pour définir les attentes des mutualistes,
3. La qualité technique des outils élaborés par les participants,
4. La capacité des participants à définir les standards,
5. La capacité des participants à définir des indicateurs pertinents,
6. La qualité technique des standards et indicateurs,

7. La pertinence des activités de suivi des standards,
8. La nature des améliorations de la qualité des services.

Le deuxième axe de mesure dans cette phase est la mesure de l'impact du travail des comités AQ. Le but ultime de l'apprentissage auquel les mutualistes se sont soumis est une amélioration de la qualité des services. Des améliorations, si elles existent, devraient être perceptibles aussi bien par les acteurs (les prestataires et les testeurs) que par les mutualistes bénéficiaires. Il serait possible alors d'apprécier la pertinence des changements, la force, la direction et l'ampleur des changements.

4.3 Techniques et outils de mesures

La troisième et dernière phase du test du manuel s'interprète comme une période de mesures finales et de synthèse de tous les enseignements tirés de cette mise à l'épreuve du manuel. Dès l'enclenchement la phase de suivi-monitoring, des techniques de mesure ont été adoptées, dont :

4.3.1 L'observation participative, les rapports d'observation

Le nombre indéterminé des variables sur lesquelles des changements pourraient apparaître, mais aussi la fugacité des phénomènes à observer sont de sérieux obstacles à des activités de suivi / mesure structurées. Face à cette contrainte, des méthodes anthropologiques se sont imposées. Pour atténuer les approximations, l'observation participative était plus ou moins structurée avec utilisation d'une fiche de suivi. Cette fiche servait à décrire la progression des projets AQ et à recueillir les commentaires des superviseurs sur les comportements des membres des CAQ. Elle comportait l'identification de la mutuelle, les activités menées depuis la dernière rencontre avec les superviseurs, les activités des superviseurs et ses observations.

Cependant ce dispositif structurant a été abandonné en cours de route, car la fiche s'est révélée par ailleurs peu opérante.

La troisième étape du test, beaucoup plus complexe que les précédentes, a nécessité une démarche plus systématique, d'où l'utilisation d'outils et de techniques de collecte de données plus traditionnels.

4.3.2 Les discussions de groupes (focus-group discussions)

Elles ont été prévues pour apprécier jauger les attitudes des membres des CAQ, leur niveau de maîtrise de l'approche et des concepts clés de l'AQ. Ces discussions de groupes devaient être menées avec les membres des CAQ et les prestataires engagés dans le test.

4.3.3 Les interviews

Avec comme cibles les :

- ▲ Membres des CAQ
- ▲ Prestataires

Les interviews devaient permettre de déterminer pour l'avenir, les rôles à attribuer aux prestataires à partir de ceux qu'ils ont joués. Les interviews devaient aussi permettre d'apprécier l'implication, l'intérêt portée au programme AQ et leurs attentes. Pour les membres des CAQ, il s'agit de porter un jugement plus précis sur leurs connaissances individuelles et sur les objectifs de pérennisation du programme AQ.

- ▲ Membres ordinaires des mutuelles de santé tests

L'objectif de l'interview des membres simples (c.a. les bénéficiaires, ne faisant pas partie des comités AQ) était de déterminer si (et dans quelle mesure) ceux parmi eux qui ont fréquenté les structures conventionnées ont perçu des améliorations résultant de la signature des nouvelles conventions. Il s'agit aussi de voir si ces améliorations correspondent à leurs attentes. Ceci devrait permettre de situer leur degré d'information /implication, de recueillir les constats faits par eux sur la possible amélioration de la qualité des services.

4.3.4 La compilation des documents (mesure des aptitudes et connaissances)

Une revue documentaire est nécessaire afin de procéder à l'analyse des documents et outils produits durant le processus de gestion des programmes AQ par les mutualistes.

4.4 Echantillonnage

- ▲ Un échantillon exhaustif est prévu pour :
 - △ les membres des CAQ,
 - △ les techniciens ayant été impliqués dans la gestion des nouvelles conventions avec les mutuelles de santé-tests,
 - △ les présidents des comités de santé ayant participé à la négociation et à la gestion des nouvelles conventions,
- ▲ Pour les membres bénéficiaires, un tirage aléatoire d'échantillon est prévu. Ce tirage se fera proportionnellement à la taille des mutuelles de santé. (Voir encadré.)

Niveau de signification recherché :

- La probabilité pour que les résultats soient dus au hasard est égale ou inférieure à 0.05
- 6 Mutuelles de santé-tests regroupant une population active de 6742 personnes
- formule : $S = z^2 \frac{P(1-P)}{d^2}$

Où S est la taille de l'échantillon, $z = 1.96$ et d la moitié de l'intervalle de confiance pour un niveau de confiance à 95%.

Laquelle formule avec un ajustement de S (*nécessaire pour une petite population*) donne une taille

$$\text{d'échantillon : } n = \frac{S}{1 + S / \text{Population}}$$

Au total :

1. Taille de l'échantillon : 162 sujets
2. Techniques d'échantillonnage : L'échantillon se répartit comme suit :

o And Fagaru	62
o Soppanté	5
o Werwerlé D	23
o Werwerlé T	31
o SammSagox	25
o Deggoo	16
Total :	<u>162</u>

5. Déroulement de l'expérience

5.1 Implantation

5.1.1 Planification des activités du test et transfert des compétences.

L'implantation s'est déroulée en avril-juillet 2003, avec,

1. la définition des modalités du test,
2. la constitution de l'équipe de supervision et monitoring du test,
3. le transfert de compétences aux membres de l'équipe de supervision et aux administrateurs des mutuelles de santé.

La mise sur pied de commissions AQ au sein des mutuelles de santé-tests et la planification des projets AQ des mutuelles de santé a mis fin à cette phase.

Le transfert de compétences en direction de l'équipe de supervision et secondairement en direction des mutualistes, s'est effectué au cours de trois ateliers.

- ▲ But : amener les participants à s'approprier le contenu du manuel.
- ▲ Méthodologie : présentations des différents chapitres du manuel (avec utilisations de transparents), suivies de discussions.

Un pool de huit (8) formateurs / superviseurs a été constitué avec la cooptation de six (6) membres du GRAIM et deux (2) du BIT/STEP.

La première session qui a duré quatre jours, a par ailleurs servi à établir un programme de formation spécifique aux administrateurs des mutuelles de santé. Les modalités de la première session de formation ont été reconduites pour l'initiation des mutualistes. Cette dernière session s'est déroulée simultanément à Thiès et Mbour pour les deux groupes d'administrateurs des mutuelles de santé.

Trois exemplaires du manuel ont été remis à chaque mutuelle participante dès le début du processus.

5.1.2 Feedback aux mutuelles de santé et mise sur pied des CAQ

Après la formation, les mutuelles de santé-tests devaient rendre compte à leurs mandants et procéder à la création de leur CAQ. Mais à ce stade, se sont manifestés des hésitations chez les

mutualistes. Toutes les mutuelles de santé-tests sont en effet restées dans l'expectative pendant plusieurs semaines, attendant des instructions supplémentaires de l'équipe de supervision. Des questions ont même été posées par des mutualistes, pour savoir si le travail était fait pour le compte des promoteurs (PHR*plus*, GRAIM, BIT/STEP) ou pour celui des mutualistes. On pouvait aussi noter un décalage important dans la compréhension des missions du CAQ, aussi bien d'un comité à l'autre, qu'au sein d'un même CAQ. Individuellement, les membres des comités, malgré la formation de base subie par certains de leurs membres, ne maîtrisent pas suffisamment les concepts clés.

5.1.3 Caractéristiques socio-démographiques des membres de CAQ

Chaque mutuelle participante a créé un CAQ de 6 à 7 membres. On notera que les membres de ces CAQ n'ont pas été désignés sur la base de critères prédéfinis. On peut seulement noter à posteriori, que la "disponibilité" des personnes, la participation à la formation initiale, et dans une moindre mesure le niveau d'instruction, ont été les critères appliqués. Également, l'intérêt pour la question de la qualité a été expérimenté précisément, par la mutuelle And Fagaru. Elle avait déjà une commission de contrôle chargée aussi de veiller sur la qualité des services. Celle-ci a été simplement reconduite comme CAQ après la formation. Les CAQ, tels que constitués par les mutuelles de santé-tests, présentent certaines caractéristiques frappantes. Elles ne reflètent pas forcément les caractéristiques socio-démographiques de la population sénégalaise. Du point de vue du niveau d'instruction, on note par exemple que,

- ▲ 70% des membres ont le niveau secondaire
- ▲ 22% sont des universitaires
- ▲ 3% ont le niveau primaire
- ▲ 3% sont "sans instruction"
- ▲ 3% autres (enseignement religieux).

Du point de vue des occupations professionnelles, hormis les personnes à la retraite ou dont l'occupation professionnelle n'est pas explicite, les enseignants (26%) se taillent la part du lion dans les CAQ. On remarquera que la plupart d'entre eux n'ont pas été partants, mais cooptés dans les CAQ.

Occupations professionnelles	Nbre	%	Formés	Cooptés
Enseignants du primaire	8	20,5	1	7
Retraités / Sans emploi/indéterminés	11	28,2	5	6
Commerçant(e)s	5	12,8	2	3
Animat(trices)eurs	4	10,3	2	2
Secrétaires	3	7,7	1	2
Employé(e)s de la mutuelle de crédit	3	7,7	1	2
Aide infirmières	2	5,1	1	1
Enseignants du secondaire	2	5,1	0	2
Sage-femme	1	2,6	1	0
Total	39	100,0	14	25

Après la phase hésitante de planification des activités des CAQ, une autre difficulté notable est apparue. Au moment de concevoir une stratégie pour la définition de la qualité (choix des outils pour l'identification des attentes) on pouvait noter encore des flottements. La plupart des membres en étaient à leur première expérience dans la réalisation d'une collecte de données structurée. Sann Sa Gox (comité composé uniquement d'enseignants) a procédé à une reprise complète des instruments créés au début à cause de l'incongruité avec les objectifs de leurs recherches.

La manipulation des données recueillies (notamment la traduction de la langue locale au français) a donné lieu à des glissements sémantiques parfois importants, dénaturant les propos des membres enquêtés. Par exemple, la notion de "bon accueil" est souvent apparue pour traduire des attentes aussi variées que : "l'espoir de trouver le personnel de garde les jours fériés et en dehors des heures normales de services" ou "le besoin d'avoir quelqu'un pour être orienté". Dans ces cas, l'équipe de supervision a été amenée à revenir sur la formulation initiale (langue de départ) pour aider à une meilleure traduction en français.

Cette période a été pour l'équipe du test, l'occasion de constater aussi le manque de concordance entre outils sélectionnés - information recherchée - objectifs de qualité recherchés. Les membres des CAQ, malgré la formation de base subie par certains, ne maîtrisaient pas suffisamment les concepts pour démarrer le processus de réalisation de leur projet AQ.

L'appui de l'équipe de suivi s'est notablement manifesté lors de la planification des projets AQ et pendant le développement des outils.

5.2 Suivi/monitoring de la réalisation des projets AQ.

5.2.1 Fonctionnement des CAQ

D'une manière générale, les difficultés de fonctionnement interne des mutuelles de santé, ont influencé notablement la réalisation du projet AQ de la mutuelle. La mutuelle de santé de Fissel en est la parfaite illustration. Cette mutuelle de santé n'a pu franchir l'étape de mise sur pied d'un CAQ, du fait d'une crise grave qu'elle traversait. Elle s'est ainsi exclue du test.

Les CAQ ont fonctionné de manière intermittente, faute de pouvoir mobiliser leurs membres. Cela s'explique par le fait que la plupart des mutualistes ont des activités professionnelles. Celles-ci ne leur offrent pas toujours l'occasion de se consacrer à des activités bénévoles aussi prenantes.

Il n'y a pas eu de distribution claire des rôles dans les CAQ. Sur un échantillon de 27 membres de comité AQ interviewés, 20 (70%) disent être des membres simples. Ils n'occupent aucune fonction spécifique au sein du CAQ. Quatre, disent occuper la fonction de coordonnateur, secrétaire général ou président. Pourtant, ces titres sont le plus souvent informels, ce qui n'enlève rien au leadership de ces personnes. On relève surtout que c'est un nombre très restreint de personnes ressources qui ont conduit l'essentiel des tâches du CAQ et pris l'essentiel des décisions. Le fonctionnement des CAQ dépendait très souvent du dynamisme d'un leader, d'homme (femme) orchestre. Parfois, une distribution des tâches se faisait occasionnellement, pour des tâches précises. Certains mutualistes parmi ceux qui ont participé à la formation initiale ne figuraient pas parmi les membres des CAQ et d'autres, bien qu'y figurant, ne participaient pas de manière significative aux travaux des CAQ.

Malgré ces défis, toutes les mutuelles de santé ont pu constituer leur comité AQ et mener à terme un cycle complet du processus d'assurance de qualité

5.2.2 Les prestataires

La majorité des prestataires laisseront entendre plus tard, qu'à ce stade de l'expérience, ils avaient une position plutôt favorable à l'initiative des mutualistes. Cette attitude de départ est qualifiée d' "acceptation" à "bonne", en passant par "moyenne" (71%), voire "très bonne" (12% des prestataires).

A la fin du test, les attitudes des prestataires envers l'initiative des mutualistes se sont nettement améliorées. En effet, ce sont 76% des sujets qui disent avoir à la fin du test, une "très bonne attitude". S'y ajoutent 18% qui qualifient leur réaction de "bonne". En définitive, la majorité des participants au test (94%) présente à la fin du test, une attitude positive. Ils semblent même apprécier l'initiative : "le test nous a permis de comprendre les préoccupations des populations". En plus, ils font le lien entre les améliorations qu'ils ont apportées à leur structure et le projet qualité de la mutuelle et parle de "meilleur fonctionnement de leur service", à la question de savoir quelles améliorations ils ont constatées.

En réalité, dans la première partie de la phase de réalisation des projets AQ, les prestataires se sont montrés ouverts et très coopératifs (il s'agissait alors simplement de discuter des questions de qualité, en général et dans l'absolu). Plus tard, la plupart d'entre eux ont pourtant montré de la réticence quand il s'est agi de signer une convention stipulant des normes précises à satisfaire.

Souvent, l'équipe de supervision a eu à intercéder auprès des prestataires pour faciliter les transactions entre les prestataires et les mutuelles de santé, au moment des négociations. Au début, les mutualistes ne semblaient pas prêts mentalement s'entend, à mener des négociations à caractère revendicatif avec les prestataires. L'argumentaire surtout n'était pas toujours convaincant.

A cet égard, un des partenaires au test a avancé une intéressante hypothèse selon laquelle, la connaissance de la législation et des règles de fonctionnement de structures de santé (étatiques) aiderait les mutualistes à se présenter face aux prestataires avec beaucoup plus de confiance.

▲ Le cas du District sanitaire de Mbour.

La règle selon laquelle les prestataires devaient être impliqués dès le départ n'a pas entièrement joué à Mbour. Les prestataires qui avaient été invités à la formation n'ont pas été ceux avec qui les mutualistes ont finalement décidé de signer les nouvelles conventions. Une journée d'information a donc été organisée pour les ICP et les comités de santé des trois postes de santé concernés. Au cours de la journée, les prestataires ont décidé de mener leur propre programme d'AQ en complément de celui des mutualistes. Pour cela, les prestataires ont estimé devoir améliorer l'accueil réservé aux patients. Tel qu'il était pratiqué, l'accueil était dommageable à la réputation de leurs structures. Le personnel des premières lignes était ciblé. Il s'agit essentiellement du personnel communautaire (vendeurs de tickets, gardiens et chargés de la sécurité...). Une journée a été organisée pour développer des stratégies et préparer ces agents aux techniques de l'accueil.

Ainsi, les personnels communautaires ont recensé les causes des malentendus qui entravent leur travail et sont sources de conflits avec les clients. En priorité :

- ▲ la non-disponibilité de la petite monnaie pour les détenteurs des caisses (vendeur des tickets et vendeurs de médicaments), ce qui ralentit les opérations de vente et est source de fréquents conflits entre demandeurs de services et prestataires
- ▲ le non-respect par des techniciens de l'ordre d'arrivée des patients

- ▲ la non-disponibilité au dépôt local, des médicaments ordonnés par les prescripteurs. Ce qui dans la bouche des prestataires est la ‘rupture des stocks de médicaments’, entraîne la prescription par les techniciens de produits inexistant dans le dépôt.

En conséquence, un programme d’amélioration a été mis sur pied. On peut donc considérer cette volonté d’améliorer la qualité des services comme une des conséquences nées de l’introduction dans le milieu mutualiste du manuel de gestion de la qualité.

5.2.3 Monitoring des projets AQ des mutuelles de santé

L’équipe de test a été confrontée à une double contrainte, imposée par deux objectifs plus ou moins opposés. L’équipe devait simultanément assurer le renforcement des acquis théoriques et procéder à la description et à l’interprétation des attitudes et comportements. Cette implication des testeurs pourrait être questionnée dans la nature et la valeur du produit final obtenu par les mutualistes. Que serait-il advenu sans cette présence ‘massive’ des superviseurs ? Toutefois, les propos d’un des leaders des mutuelles de santé-tests vient étayer le bien fondé de cette démarche. Ce dernier a noté que c’est seulement à l’issue d’un cycle complet qu’il est parvenu à comprendre la logique de la démarche AQ (intégration des différents éléments de l’approche). Enfin, l’implication des membres de l’équipe de supervision dans la gestion du programme AQ des mutuelles de santé a été jugée essentielle par les participants, du fait de la brièveté de la formation théorique.

L’appui de l’équipe de suivi s’est notablement manifesté lors de la planification des projets AQ et pendant le développement des outils (validation). Si pour certaines étapes le superviseur était ‘très présent’, par contre, l’appui a été quasi nul pour les activités habituelles des mutuelles de santé (réunions de CA, AG...).

Au départ du test, il faut noter l’ignorance des réalités, l’une de l’autre dans laquelle se trouvaient les mutuelles de santé et les prestataires.

5.3 Evaluation / Synthèse

5.3.1 Questionnaire destiné aux lecteurs du manuel

Au bout d’une année de test, il est apparu que les participants avaient plus recours aux superviseurs / facilitateurs qu’à une consultation directe du manuel, arguant de difficultés d’accès au manuel. Il est apparu qu’au sein même de l’équipe de supervision, certains n’avaient pas pris le temps de lire entièrement le manuel.

Jusqu’à la fin du test, chez les membres des CAQ, seule la moitié des répondants ont fait une lecture complète. Des lectures partielles et incomplètes ont été les seuls résultats. Parfois, la lecture a été entamée suite aux sollicitations de l’équipe du test. Suite aux feedbacks reçus des participants, on retiendra que les mutualistes n’ont pas exploité à fond le manuel pour les raisons suivantes :

1. Niveau d’information / instruction (générale, en santé / AQ?) Faible. De ce point de vue, on peut rappeler que certains membres des CAQ ont été cooptés par nécessité sur la base de leur

niveau d'instruction, pour régler les problèmes de compréhension.⁴ C'est le cas de Soppanté qui a intégré trois instituteurs et Samm Sa Gox (6) enseignants qui n'ont pas participé à la formation initiale.

2. Manque de temps et paresse (sic)
3. Ésotérisme au plan linguistique (faible maîtrise de la langue française pour certains)
4. Difficultés d'adaptation de la démarche AQ aux réalités du terrain (manuel abstrait pour un travail pratique).
5. Disponibilité de l'équipe de supervision comme source alternative plus accessible pour appréhender l'essentiel de l'approche AQ. Ce qui n'a certainement pas encouragé les mutualistes à consulter plus régulièrement le manuel.

Chez les prestataires (notamment tous ceux qui avaient assisté à la formation initiale des mutualistes), on note que 6 parmi eux (35%) ont disposé d'un exemplaire. Tous affirment l'avoir utilisé. Ils l'ont surtout utilisé comme outil de référence. Ils appuient ainsi les dires des membres des CAQ qui suggèrent que le manuel se prête plus à un usage comme ouvrage de référence qu'à un usage comme source de base.

Au delà de la terminologie, il y a aussi la complexité de certaines étapes de la démarche AQ. Passer d'un seul tenant de l'exposé théorique du manuel à la pratique de terrain n'est pas aisé.

Du point de vue de l'exhaustivité, il faut noter que certaines parties-clés ne sont pas suffisamment développées ou sont absentes du manuel. D'où la nécessité d'une source complémentaire pour apporter les clarifications.

Avec de tels constats, un questionnaire a été élaboré pour obtenir un feedback plus structuré des participants, mais aussi affiner les questions de recherches pour la phase d'évaluation finale. Dix huit (18) lecteurs se sont prêtés à cet exercice. Les répondants se répartissent en membres de comité qualité (66,7%), techniciens de santé : (19,0%) et membres comités de santé : (14,3%).

Tous les membres de ce pool de lecteurs ont souligné l'intérêt du manuel. Toutefois, cet intérêt est toujours associé à des difficultés qui peuvent être elles-mêmes reliées au niveau d'instruction des sujets, à la non-participation à la formation initiale (ou au test), à la nouveauté des concepts de base pour les lecteurs. Aussi, soit à la « nécessité de lire et relire avant de comprendre », le volume important du manuel. Au chapitre améliorations, ils recommandent d'ajouter un chapitre sur les techniques de dépouillement (cf. analyse des données),

- ▲ Les 'success stories'
- ▲ Des exemples de commentaires des prestataires par rapport aux restitutions des résultats par les membres des comités d'AQ.
- ▲ Le rôle des prestataires dans le domaine de l'évaluation de la qualité et les devoirs du client (mutualiste).

⁴ Un (1) seul parmi les 7 enseignants membres de CAQ a participé au séminaire-atelier. Les autres avaient été appelés en cours de réalisation de projet AQ. Ces mesures n'ont pourtant pas empêché les problèmes de maîtrise du concept de perdurer.

5.3.2 Outils pour la synthèse

A la fin du test, ce sont, 27 membres de CAQ, qui ont participé aux discussions de groupes (focus-group discussions) et répondu aux questions. En plus, 19 prestataires et 105 membres simples de mutuelles de santé-tests ont aussi répondu aux interviews. La synthèse des enseignements est l'objet du chapitre suivant.

6. Leçons apprises

6.1 Constitution d'un cadre d'expression structuré

Le résultat le plus inattendu de ce test est le shift obtenu dans les relations tissées entre les mutualistes et les prestataires. Des rapports de type nouveau, faits de confiance se sont noués. De tels rapports ont permis aux protagonistes de s'exprimer méthodiquement sur leurs attentes. Les participants au test ne se trompent pas sur l'importance de ce phénomène car c'est aussi l'un des résultats les plus importants.

Du côté des mutualistes, on considère : «[la qualité ...] nous a permis d'avoir le courage de souligner ce qui n'allait pas au niveau des postes de santé».

*‘‘Au début, je pensais que le prestataire avait le droit de nous imposer sa loi’’.
Ou encore ‘‘... le courage de les affronter et de leur parler...’’*

‘‘Nous ne savions pas que nous avions le droit de revendiquer’’.

Le rapprochement entre mutualistes et prestataires reposerait selon les participants, sur les opportunités de rencontrer les prestataires en dehors des périodes de crises, la fréquence des rencontres et la sincérité. Avec l'approche de l'assurance de qualité, les contacts se font désormais dans un cadre apaisé où les attentes des membres sont prises en compte et discutées avant que n'éclatent les crises.

‘‘Le test nous a rapprochés parce qu'avant nous n'allions au dispensaire que lorsque nous recevions des réclamations de la part des bénéficiaires alors que maintenant, nous avons des réunions pratiquement tous les mois au cours desquelles nous prenons connaissance des problèmes des bénéficiaires et des prestataires. Ce qui nous a beaucoup rapprochés’’.

‘‘Il y a beaucoup de malentendus qui ont été dissipés, le dialogue passe mieux’’.

Parvenir à des relations de confiance est une donnée vitale pour la réussite d'un projet AQ communautaire. L'implication des prestataires dès le début du processus et une donnée essentielle pour y parvenir.

Il est intéressant de noter les commentaires faits par les membres des CAQ qui ont participé aux séances de focus group discussions. Ils se rapportent très souvent leurs rapports entretenus avec leurs

prestataires. Ceci est d'autant plus intéressant que les mutualistes comprennent que les enjeux ne s'arrêtent pas à la mutuelle de santé et que les prestataires ont intérêt à composer avec eux.

''Le test a profité aussi au prestataire parce que dans le fonctionnement des postes, il y a des normes établies par des autorités et avant même qu'ils ne viennent vérifier si le travail est bien fait, le comité de qualité présent dans les postes, s'en charge. Il souligne tout ce qui n'est pas normal et lui permet ainsi de se corriger avant l'arrivée des autorités. J'en ai moi-même été témoin en tant que membre du comité de santé au niveau de Médina Fall, même le prestataire le reconnaît, même s'il n'en parle pas''.

''Le prestataire doit comprendre que nous lui fournissons des instruments qui lui permettent d'améliorer son travail, parce que le poste doit concourir avec d'autres postes (ça arrive), nous sommes dans le monde de la concurrence. Parfois, au niveau du district les postes rivalisent et sont obligés de suivre une formation donc notre travail c'est un partenariat, le prestataire y gagne et le mutualiste également''.

''Le malade est considéré comme un client alors chaque structure est son propre vendeur nous apparaissions donc comme des partenaires c'est comme ça que le problème doit être présenté. Il y a une enquête qui précédait celle ci que nous avons faite qui était financée par un autre organisme mais les résultats sont les mêmes que ceux-ci, ce qui nous motive encore plus à améliorer la qualité au niveau du poste. Nous avons même reçu une lettre de félicitations le mois dernier''.

''Il y a des problèmes que nous avons eu à régler qui n'était pas de notre ressort mais plutôt de celui du comité de santé par exemple les panneaux pour l'orientation au niveau des postes de santé. Ce n'était pas à nous de le faire mais plutôt à eux ; un président de comité l'a même confirmé''.

D'une manière générale, les prestataires semblent apprécier aussi les rapports apaisés qui ont accompagné l'expérience. Ils ont mené des activités liées directement aux nouvelles normes (ex. achat de chaises / bancs additionnels pour les salles d'attente, renforcement de l'approvisionnement en médicaments...). Spécifiquement aux comités de santé, il leur est crédité des actions qui montrent que les comités de santé jouent un rôle majeur dans le processus d'amélioration de la qualité. Ils fournissent les ressources financières destinées à mettre en place les conditions d'amélioration. Ils veillent également par leur supervision, à la mise en place des conditions nécessaires à l'amélioration de la qualité. L'exception ici, c'est le centre de santé Roi Baudouin (cf. Werwerle Dakar) où les deux prestataires interviewés ont déclaré que le comité de santé n'a eu aucun rôle dans le processus d'amélioration de la qualité.

En accord avec l'opinion des mutualistes (voir FGD et interview des mutualistes) l'idée prédominante est que la communication régulière entre les mutualistes et les prestataires est essentielle à la réussite d'une telle entreprise.

On pourrait spéculer sur les origines des améliorations des relations entre prestataires et mutualistes.

- ▲ Le réalisme et l'objectivité des revendications des mutualistes. Les prestataires ont eu l'occasion de voir et de reconnaître la validité et la légitimité des doléances (parce que

construites à partir d'une collecte de données systématique). Ils ont aussi pu constater la validité des conclusions tirées par les mutualistes lors des séances de restitution des résultats du suivi de la qualité.

- ▲ La congruence de ces revendications avec les réalités spécifiques à la structure. Le fait d'étudier les structures une à une et de fournir aux prestataires concernés des données spécifiques à leur structure (ex. sur l'absence de toilettes, non-respect de l'ordre d'arrivée etc.) ne faisait que confirmer des réalités que les prestataires ne pouvaient ignorer.
- ▲ L'intéressement des prestataires. Mutualistes et prestataires sont conscients de la valeur documentaire des informations que les mutualistes fournissent sur les attentes et doléances des clients. Ces informations peuvent, comme le soulignent les mutualistes avantager les prestataires par rapport à leurs collègues qui n'ont pas de convention avec les mutuelles de santé.
- ▲ L'implication des prestataires depuis le début comme a eu un impact positif sur ces relations. Il est en effet apparu que des résistances du début se sont manifestées surtout chez les prestataires qui n'avaient pas été associés à la formation initiale (une action correctrice a été nécessaire pour dénouer la situation dans le district sanitaire de Mbour)⁵.
- ▲ Les relations antérieures qui ont été nouées avec les prestataires ont été citées aussi comme ayant facilité les rapports.

L'approche AQ a permis d'établir un pont, un cadre grâce auquel les mutualistes et prestataires ont pu établir un langage commun et poursuivre des objectifs communs.

Présentement, la responsabilité des prestataires consiste principalement à assurer le respect de clauses des conventions. Ces rôles actuels semblent convenir à la plupart des prestataires. Pour les membres des comités de santé aussi, les rôles actuels semblent convenir à la plupart des prestataires.

6.2 Amélioration de la qualité des services de santé à partir des attentes de la communauté

A partir de l'utilisation du manuel, toutes les mutuelles de santé ont pu constituer leur comité AQ et mener à terme un cycle complet d'assurance de qualité.

Dans l'ensemble, il est clair que les mutualistes valorisent les bénéfices qu'ils ont tirés de cette expérience et ils semblent conscients qu'un seul cycle d'assurance de qualité ne suffit pas pour résoudre tous les problèmes de qualité.

Les résultats obtenus ont été valorisés par les mutualistes qui ont souligné que les résultats qu'ils ont obtenus compensent les investissements et certains même considèrent que ces améliorations vont au delà des espérances de départ.

⁵ Ce qui a motivé l'organisation sur le tard d'une journée d'information pour les prestataires de Mbour.

Les prestataires, ont estimé que dans leur travail quotidien, l'intégration des activités liées à la qualité est "totale" (76%) ou "bonne" (24%). Ceci suggère que les prestataires ont généralement une attitude positive envers la question du processus d'amélioration de la qualité. Ils saluent l'occasion qui leur a été fournie de comprendre ce qui se cache derrière la notion de qualité. Ils constatent qu'ils ont fait des progrès appréciables dans leurs infrastructures sanitaires.

Au bout du compte, les prestataires déclarent avoir obtenu des améliorations en général axées sur la réduction des problèmes d'organisation de leur structure, notamment, ils citent :

- ▲ la fluidité des déplacements des patients par la réduction du temps d'attente, le respect de l'ordre d'arrivée des patients,
- ▲ l'approvisionnement en médicaments
- ▲ la réalisation d'investissements (bloc opératoire, toilettes, ventilateurs)
- ▲ l'hygiène et la propreté de l'infrastructure sanitaire.

En accord avec l'opinion des mutualistes (voir focus-group discussion et interview des mutualistes) l'idée prédominante chez les prestataires est que la communication régulière entre les mutualistes et les prestataires est essentielle à la réussite d'une telle entreprise.

Les appréciations que les prestataires ont portées sur les conclusions tirées par les mutualistes sur les performances des prestataires semblent accréditer l'idée que les mutualistes ont correctement mesuré les performances des prestataires. Ils sont unanimes (100%) à dire que les conclusions tirées par les mutualistes au moment des restitutions reflètent de manière valide et crédible leurs performances dans le respect des normes de qualité.

Il apparaît que bien des attentes de départ allaient au delà des capacités d'amélioration des prestataires du niveau opérationnel. Cependant, on a constaté qu'ils ont tenté d'honorer leurs engagements malgré les contraintes qu'ils ont mentionnées et parfois au prix de profonds changements au niveau de la structure de santé.

Tout cela suggère que :

- ▲ Pour amoindrir la résistance des prestataires, il est important d'introduire les changements à doses homéopathiques. Au début, il s'agira d'éviter les domaines techniques sur lesquels les communautés ne peuvent présenter des arguments valides. Il s'agit aussi de tenir compte de la faisabilité des normes. Pour un premier cycle AQ, la soumission des normes initiales aux prestataires pour validation, serait une bonne politique de mise en confiance. Sur 10 normes incluses dans la convention au départ, la mutuelle test de Werwerlé Dakar a vu seulement quatre (4) normes validées par les prestataires. Mais les priorités futures définies par les membres CAQ semblent montrer qu'ils sont conscients qu'il faudra petit à petit, surmonter les résistances des prestataires. Si présentement les normes en cours ne portent que rarement sur les aspects techniques, pour les cycles à venir, l'accès aux services et la compétence des techniciens pourrait occuper la tête des listes des attentes.

A la fin du test, 151 membres ordinaires des mutuelles de santé-test ont été interviewés. L'objectif était d'apprécier leur implication dans la gestion des projets AQ de leur mutuelle. Tous les sujets interviewés avaient eu l'occasion de fréquenter les structures sanitaires conventionnées. Le tirage de l'échantillon s'est fait de manière systématique, à partir de la listes des bénéficiaires ayant

fréquenté les structures conventionnées dans la période d'introduction des améliorations (juillet–septembre 2004).

Seuls 33% des interviewés avaient connaissance de l'expérience tentée pour améliorer les services offerts par la structure. Ces personnes ont obtenu l'information par le biais de réunions d'information et les restitutions auxquelles elles ont directement participé. On déplorera aussi qu'au sein des structures sanitaires, le personnel n'ait été que peu informé des nouvelles conventions.

Parmi eux, 106 (70%) déclarent qu'ils attendaient des changements au niveau de la structure conventionnée visitée. Ces changements concernent avant tout, les médicaments (37% des réponses). Ensuite, ils évoquent dans l'ordre,

- ▲ le renforcement du personnel qui vient en deuxième position dans la fréquence (17%)
- ▲ l'équipement / confort de la structure (16%)
- ▲ l'accueil (15%)
- ▲ la salubrité /hygiène de la structure (10%)
- ▲ le respect de l'ordre d'arrivée des demandeurs de services (6%)

Ils déclarent ensuite soit avoir constaté, (ou entendu parler) des changements intervenus au niveau de :

- ▲ l'accueil (69.25%)
- ▲ la salubrité & l'hygiène au niveau de la structure (50%)
- ▲ l'accès aux médicaments (36%)
- ▲ l'orientation du patient (35%) & le respect des heures de services (35%)
- ▲ le respect de l'ordre d'arrivée (31%)
- ▲ les conseils sur la SR (30%)
- ▲ la continuité des soins (28%)

Cependant, si on analyse la relation entre ces changements ‘constatés’ par les membres simples des mutuelles de santé et les normes citées plus haut, on ne peut établir une franche consistance entre les deux.

Le constat que l'on peut faire est que les membres ordinaires ont été peu informés / impliqués. Ceci est d'autant plus dommage que les membres ordinaires pourraient être les meilleurs garants du respect des normes.

Des mécanismes plus élaborés doivent être développés pour informer/impliquer le membre ordinaire, mais aussi en direction des personnels des structures de santé.

6.3 Utilisation du manuel, maîtrise des concepts de base et de la démarche

L'un des objectifs essentiels de ce test était de mesurer le niveau d'appréhension du concept de qualité des soins. Et, suite à une immersion basée sur le manuel, comment cet entendement a évolué au cours de cette expérience pratique ?

Si au début la qualité des services évoquait de vagues idées (certains membres des CAQ ont avoué n'avoir même jamais pensé à la qualité des soins avant l'introduction du manuel) : *''Notre problème c'était d'envoyer les gens se faire soigner''* ou l'imprécision accompagnaient cette notion de qualité puisque au départ : *''Les notions de qualité avant, c'était un peu vague ''*; A la conclusion du test, on perçoit trois niveaux de changement :

- ▲ La perception originelle qui s'est notablement élargie. Commentaire d'un membre de CAQ : *''Une nouvelle vision plus vaste que la vision que nous avons au départ''*.
- ▲ *''Nous en parlions sans même comprendre réellement le principe''*. Le concept de qualité est devenu une *réalité*. Sa matérialité est illustrée par des propos tels que : *''la qualité c'est un état de fait''*. Et : *''La qualité doit être quelque chose de visible''*. Une réalité palpable puisqu'un autre membre de CAQ a proposé : *''A titre d'exemple, les médicaments anti-paludiques ont connu une baisse de 1% ''*
- ▲ Avec la concrétisation de la notion de qualité, les mutualistes sont passés d'une attitude passive à une attitude *prospective*, *'' Auparavant, nous attendions de recevoir des plaintes avant de réagir. Nous ne prenions jamais l'initiative d'aller à l'hôpital sans ça. Depuis que nous collectons les attentes des bénéficiaires, cela a changé''*

Dans leur définition de la qualité des services, les mutualistes sont parvenus à établir un lien entre celle-ci et la satisfaction des attentes de leurs membres.

Même dans sa forme actuelle le manuel a permis l'acquisition de compétences pratiques ayant conduit à l'amélioration de la qualité des services de santé.

6.4 Appui technique

Si les mutualistes reconnaissent l'importance du manuel dans le processus de gestion de la qualité, ils ne semblent guère le considérer comme source idéale d'appropriation et de capacitation. A l'épreuve des réalités du terrain, le manuel pêche par la complexité du langage et l'abstrait. Un seul schéma est proposé. La non-exhaustivité du manuel par l'omission ou l'insuffisance de détails de certaines sous-étapes de la pratique AQ a été mentionnée. Ainsi le chapitre sur la gestion des données est tronqué. Enfin, les lecteurs ont reproché au manuel de ne pas donner de réponses aux questions que suscite la lecture du manuel.

La pratique est donc vue par la majorité des membres des CAQ, comme étant à la base de l'essentiel des apprentissages. L'équipe du test avait entrevu cette réalité lors de la première session de restitution (fin de cycle) au cours de laquelle un des leaders a annoncé : *''c'est seulement à ce stade que je comprends le processus AQ''*. Il apparaissait ainsi que la formation initiale, la lecture du manuel n'avaient pas assuré un apprentissage aussi significatif. A ce propos, il est frappant de noter

que les instruments utilisés par les CAQ ont été les premiers cités par les membres et parfois les seuls. La supervision a aussi été entérinée par les membres des CAQ comme étant une source importante d'acquisition de compétences. A l'issue de cette mise à l'épreuve du manuel, une des conclusions sectorielles est qu'un accompagnement est nécessaire (sur un cycle au moins), quelle que soit la méthode utilisée pour introduire le manuel. La complexité de l'approche AQ est ici en question.

Au delà de la terminologie utilisée dans le manuel, il ne faut pas minimiser la complexité de certaines étapes de la démarche AQ. Passer d'un seul tenant de l'abstrait à la pratique n'est pas garanti. Il existe des difficultés d'adaptation de la démarche aux réalités du terrain.

Assurément, le manuel pose un problème d'accès pour les gens qui n'ont pas un niveau de lecture très élevé. Il apparaît que même avec un niveau d'instruction générale poussé (ex. les mutualistes ayant participé au test), les lecteurs butent sur des termes qu'ils ont qualifiés de « techniques ». Les participants estiment que ces termes appartiennent soit au domaine sanitaire, soit au domaine AQ. Très majoritairement, les membres des CAQ ont jugé que la disponibilité du manuel à lui seul n'aurait pas suffi pour mener à terme un programme AQ.

Quel que soit le matériel didactique disponible, un appui technique semble nécessaire, au moins pour le premier cycle AQ communautaire. C'est la complexité de la démarche AQ elle-même, qui est en question.

6.5 Gestion de la qualité : Création, fonctionnement des CAQ, implication

Une des interrogations tirées des entretiens individuels avec les membres des CAQ est : quel serait le cadre le plus propice pour prendre en charge la gestion de la qualité au sein d'une mutuelle de santé ? Il s'avère en effet qu'un nombre limité de personnes a réalisé les projets AQ.

Hypothèses ayant trait à la capacité de négociation des mutuelles de santé (règles, principes et conditions de facilitation / réussite des négociations sur les normes de qualité) :

1. Plus les mutuelles connaissent les aspects légaux du fonctionnement des structures de santé, plus elles sont crédibles et en meilleure position pour négocier les normes de fonctionnement des ces structures
2. Si les mutuelles empiètent sur les « domaines réservés » des techniciens, plus ils risquent de ne pouvoir opposer d'arguments valides
3. Plus les mutuelles sont grandes (et donc susceptibles de proposer un apport financier significatif), plus elles sont à même d'imposer leur point de vue
4. Davantage les membres des mutuelles sont informés des normes en vigueur, moins il y aura de la place pour des conflits d'interprétation

A partir de ces hypothèses, on peut suggérer :

1. Les mutuelles de santé qui ont participé au test sont relativement petites. Face à une même structure sanitaire, il serait plus rationnel que toutes les mutuelles de santé ayant une convention avec la structure proposent les mêmes normes. Ceci permettrait aux prestataires

de mieux cibler leurs actions pour l'amélioration des services. une telle démarche permettrait aux mutualistes de combiner leurs forces. Eventuellement, ceci pourrait se faire par le biais de la coordination des mutuelles de santé, là où elle existe ?

2. Quelle que soit la forme que prendrait l'instance communautaire de gestion de la qualité, il est permis de penser qu'il est essentiel d'inclure parmi les critères de choix des personnes chargées de la gestion de la qualité aux mutuelles de santé:
 - △ Le niveau d'instruction qui sera le plus élevé dans la mutuelle
 - △ Des capacités de négociation
 - △ La disponibilité de la personne pour des activités parfois intenses
 - △ Un bon niveau d'information sur les règles de fonctionnement des structures sanitaires

6.6 Perspectives de pérennisation / extension aux autres mutuelles de santé & structures de santé.

Le niveau de mûrissement de la question de la mise sur pied d'un programme AQ sans appui extérieur et sur la base du manuel uniquement n'est pas encore significatif. Pourtant, une idée force se dégage des discussions avec les participants au test. C'est le désir manifeste exprimé de continuer et d'étendre l'expérience. Notamment, les mutualistes se montrent pressés de s'attaquer à la révision des conventions établies avec les structures de santé qui n'ont pas participé au test. Leurs réflexions sur ce point s'orientent déjà vers une forme allégée de la démarche AQ.

7. Conclusions

Toutes les mutuelles de santé ont pu constituer leur comité AQ et mener à terme un cycle complet d'assurance de qualité. Dans l'ensemble, il est clair que les mutualistes valorisent les bénéfices qu'ils ont tirés de cette expérience.

Mais il est clair à présent que l'accès à l'approche AQ par la seule lecture du manuel n'est pas facile. Au delà de la nouveauté de la démarche, certaines lacunes du manuel ont constitué des obstacles à la possibilité pour les mutuelles de santé à conduire seules leur projet AQ. Parmi ces lacunes, on peut citer l'absence de développement suffisant de certaines étapes du processus dans le manuel, la terminologie qui n'a pas permis une démocratisation de l'accès au processus. On notera aussi qu'il n'y a pas eu malgré les tentatives des auteurs, une définition claire de la cible visée par le manuel. Les instruments proposés en exemple ne sont en rien spécifiques à une utilisation à un niveau communautaire.

C'est donc à la pratique que les mutualistes ont pu acquérir leurs compétences de base. Des suggestions ont été faites par les participants. La plus importante appelle à la réalisation de deux ouvrages à la place de celui existant.

1. Le premier serait d'un usage général. Il servirait à ceux qui veulent approfondir leurs connaissances sur la démarche AQ communautaire. Il s'adresserait aux formateurs plus qu'aux organisations communautaires. Il faudra considérer que :
 - △ Sa cible primaire serait les formateurs (session préalable de formation des formateurs)
 - △ Les cibles secondaires seraient les membres de la communauté, notamment ceux qui n'ont pas l'expertise locale pour assurer la formation initiale

L'actuel manuel pourrait constituer avantageusement l'ossature du futur manuel. Ce serait un exposé complet de la démarche AQ communautaire. Il comprendrait les rôles (ceux non définis) des partenaires, dont les prestataires. Cet ouvrage ne serait finalement que le produit du raffinement de l'actuel manuel. Une section ou chapitre sur la pérennisation peut être ajouté au manuel général.

2. Le deuxième ouvrage se présenterait sous forme d'un abrégé qui serait utilisé comme outil de référence à partir duquel les mutualistes pourront s'initier à la pratique de l'AQ communautaire ; Dans ce guide, les différentes étapes de la démarche seraient décrites dans un langage dépouillé. Une terminologie simple serait utilisée pour clarifier les notions de standards et d'indicateurs.

Ce dernier ouvrage nécessite des illustrations, des exemples tirés du terrain et des anecdotes. Il nécessite surtout l'extension :

- △ Du chapitre 5 de l'actuel manuel, "Contrôle de la qualité et restitution des résultats"
- △ Le chapitre 6 "Outils d'évaluation de la qualité". Les outils développés par les mutualistes-tests devront servir de base sinon de modèles pour proposer des outils plus proches de la réalité communautaire. Le maître mot ici est pragmatisme.

Aussi, le titre du manuel doit être modifié pour être plus explicite et original⁶.

A la place de “Définition de la qualité au sein de la mutuelle”, parler d’“identification des attentes des membres de la mutuelle”. En lieu et place du titre donné au chapitre 5 “Contrôle de la qualité et restitution des résultats”, substituer : “Suivi de la qualité et restitution des résultats ”

3. Des chapitres ou sections additionnelles sont nécessaires. Ainsi, en complément ou en annexes de ces deux ouvrages, on devrait trouver dans ces ouvrages :
 - △ Un chapitre sur la gestion des données (statistiques)
 - △ La composition de l’équipe chargée de gérer la qualité (caractéristiques des membres, fonctionnement)
 - △ Une section sur le rôle des prestataires explicitant le rôle du comité de santé (Conseil d’administration de la structure)
 - △ Souligner l’importance d’informer les membres de la mutuelle de santé et décrire les mécanismes pour les impliquer, autant que les personnels des structures de santé
 - △ Intégrer un chapitre sur la formulation des questions (ouvertes / fermées...)
 - △ Détailler les explications sur comment concevoir/utiliser les outils de suivi, questionner la pertinence de l’auto évaluation dans le processus d’AQ communautaire
 - △ L’élaboration d’un plan d’action pour la communauté
 - △ Des modèles d’avenants / conventions

Malgré la durée du test (21 mois), des questions restent encore sans réponse. Il en est ainsi de la meilleure formule pour gérer la question de la qualité des services à partir de la communauté. Serait-il plus rationnel de la confier à une organisation supra communautaire ou à un groupe restreint au sein de la mutuelle ? Les mutuelles de santé ne devraient-elles pas confier l’AQ à une personne extérieure qui se chargerait des tâches techniques ? Quelles stratégies pour l’implication plus large des membres des mutuelles de santé et les équipes des structures sanitaires? Sur l’appui technique, des questions sont encore d’actualité dans la mesure où les ressources humaines nécessaires au démarrage de programmes régionaux voire nationaux ne sont pas toujours disponibles.

Pour l’avenir, les mutualistes développeront sûrement des mécanismes alternatifs pour intégrer la démarche AQ dans la gestion des mutuelles de santé. Des parties essentielles de la démarche proposée par le manuel seront ainsi réinventées ou consolidées sur le terrain, par la pratique des mutualistes. Ces mécanismes alternatifs devront nécessairement être pris en compte pour mieux adapter la démarche d’assurance de qualité.

⁶ Le manuel conçu par EngenderHealth porte le même titre.