

Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux

Principes et processus
d'adaptation et de mise
en oeuvre



Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et généraliste dans les programmes nationaux

Principes et processus d'adaptation
et de mise en œuvre

Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux : principes et processus d'adaptation et de mise en œuvre

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit par l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Table des matières

Remerciements

1. Introduction.....	1
Définitions et explication.....	1
A qui s'adresse ce document ?.....	2
2. Principes clés	3
2.1 Renforcer le consensus.....	3
2.2 Tabler sur ce qui existe.....	3
2.3 Repérer les éventuels obstacles et les facteurs favorables	3
2.4 S'assurer que les adaptations reposent sur des données factuelles	4
2.5 Prévoir l'élargissement dès le départ	4
2.6 Mettre en œuvre toute une gamme d'interventions pour change les pratiques des soignants	5
3. Suggestion de processus pour introduire des orientations	
3.1 Planification et sensibilisation.....	6
3.2 Analyse de situation	9
3.3 Adaptation	11
3.4 Conception de la stratégie de mise en œuvre.....	16
3.5 Essai pilote et évaluation.....	18
3.6 Sensibilisation et élargissement	21
4. Conclusion.....	24
5. Annexe : Ressources additionnelles.....	25
Outils et lignes directrices de surveillance et d'évaluation	25
Outils et lignes directrices pour l'analyse de situation	26
Outils et ressources de planification.....	27

Remerciements

Le présent document fournit des principes généraux pour mener une approche systématique aux fins d'adapter et d'adopter des orientations conçues par l'OMS pour améliorer la santé sexuelle et génésique. Il a pour objectif d'encourager la mise en œuvre d'interventions reposant sur des données factuelles repérées dans différents guides pratiques de l'OMS consacrés à la santé sexuelle et génésique. L'introduction des interventions dépendra des circonstances, du contexte et des stades de développement des programmes.

Kathryn Church, Rita Kabra et Michael Mbizvo ont coordonné la réalisation du présent document. Nous souhaitons exprimer nos remerciements et notre gratitude aux personnes ci-après pour leur contribution : Nathalie Broutet, Peter Fajans, Metin Gülmezoglu, Sarah Johnson, Jitendra Khanna, Alexis Ntabona, Julie Samuelson et Paul Van Look, ainsi que tous les collègues des bureaux régionaux de l'OMS pour leurs remarques sur les projets préliminaires. Nous remercions le Programme de partenariat stratégique de l'OMS et de l'UNFPA pour son soutien.



1. Introduction¹

Les Départements Santé et recherche génésiques (RHR) et Pour une grossesse à moindre risque (MPS) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont mis au point toute une série de lignes directrices et outils pour promouvoir l'utilisation de pratiques --de santé sexuelle et génésique-- reposant sur des bases factuelles dans le cadre des programmes.

Les orientations mises au point par l'OMS/RHR et l'OMS/MPS comprennent les éléments suivants :

- **normes, standards et protocoles** destinés à éclairer l'élaboration et la révision de politiques et règles nationales ;
- **guides programmatiques** pour renseigner sur la mise au point de programmes en santé sexuelle et génésique ;
- **outils et guides cliniques** destinés au personnel soignant des dispensaires, basés sur des normes reposant sur des données factuelles.

Ces orientations passent en revue toute une série de thèmes, comme la santé maternelle et néonatale, la planification familiale, la lutte contre les infections de l'appareil reproducteur et les infections sexuellement transmissibles, ainsi que la prévention des avortements à risque. Etayés de preuves scientifiques, les différents documents ont été réalisés par l'OMS/RHR et l'OMS/MPS pour servir de références mondiales génériques ne s'appliquant pas spécialement à un contexte national ou à un autre.

Définitions et explication

Pour être utilisées et appliquées à bonne fin dans les programmes nationaux, les orientations de l'OMS sur la santé sexuelle et génésique doivent être introduites grâce à un processus d'adaptation et de mise en œuvre bien planifié et consensuel. Selon la nature des orientations concernées, les processus d'adaptation et de mise en œuvre revêtiront la forme soit d'une actualisation et d'une révision de lignes directrices et outils nationaux existants, soit d'une création de nouveaux outils ou lignes directrices nationaux basés sur le matériel de l'OMS.

L'introduction d'une ligne directrice ou d'un outil est un processus global par lequel une orientation développée de l'extérieur est intégrée dans un programme national ou local. Elle englobe l'adaptation et la mise en œuvre.

L'adaptation transforme une ligne directrice ou un outil développés de l'extérieur en un produit accepté correspondant aux besoins, aux particularités et au contexte d'un pays ou d'une région particuliers. Il peut s'agir d'une mise à jour ou d'une révision de lignes directrices et d'outils nationaux existants.

La mise en œuvre est un ensemble d'activités ou d'interventions spécifiques visant à garantir que les nouvelles orientations sont appliquées dans le cadre des programmes et que le personnel soignant utilise correctement les pratiques reposant sur des bases factuelles.

¹ Le présent document concerne les actions pour une introduction nationale mais les mêmes principes et procédures s'appliquent pour une introduction infranationale.



Grâce à un processus d'introduction bien planifié et participatif, les nouvelles orientations auront plus de chances d'être acceptées, promues et utilisées aux niveaux national et infranational. Le présent document souligne les principes d'adaptation et de mise en œuvre préconisés par l'OMS/RHR et l'OMS/MPS et recommande une marche à suivre pour introduire lignes directrices et outils dans les programmes.

A qui s'adresse ce document ?

Il est destiné aux décideurs politiques, aux responsables de programmes et à d'autres professionnels de santé qui se lancent dans un processus visant à introduire des pratiques de santé sexuelle et génésique reposant sur des données factuelles dans leurs programmes nationaux ou locaux.

De nombreux outils et lignes directrices de l'OMS consacrés à la santé sexuelle et génésique s'accompagnent par ailleurs de guides d'adaptation technique qui font des recommandations précises sur ce qui peut être adapté dans leur contenu. Le présent document peut être utilisé conjointement à ces guides mais il donne un aperçu général des principes et processus d'adaptation, sans fournir d'informations techniques sur ce qui peut être adapté en particulier.



2. Principes clés

L'OMS recommande que les processus d'adaptation et de mise en œuvre de ses orientations en santé sexuelle et génésique respectent les six principes clés présentés ci-après, moyennant quoi les pratiques reposant sur des données factuelles seront introduites efficacement dans le pays.

2.1 Renforcer le consensus

Pour qu'une nouvelle orientation soit adaptée et appliquée efficacement dans un programme, *il est important que les parties prenantes concernées participent dès le départ et s'impliquent dans les processus d'adaptation et de mise en œuvre.*

L'adaptation donne aux différentes parties prenantes l'occasion de se réunir pour trouver un consensus sur ce qui doit changer et dans quel but, pour qu'ensuite ces changements puissent modeler politiques et programmes. Le processus d'adaptation favorise également l'harmonisation de différents départements, organisations et institutions dont les programmes poursuivent des objectifs similaires. L'engagement des parties prenantes est examiné dans le cadre de l'étape 3, à la page 11.

S'engager dans un processus d'adaptation développe aussi un sentiment d'appropriation, tant des pratiques que du document lui-même. Les personnes s'étant « approprié » le document seront en mesure de promouvoir son utilisation et les recommandations qui y figurent. Les parties prenantes sont d'autant plus enclines à accepter et à promouvoir les nouvelles pratiques si elles comprennent les motivations du changement politique et les raisons qui le sous-tendent.

2.2 Tabler sur ce qui existe

Presque tous les programmes se basent sur des lignes directrices et outils existants dans le domaine des soins de santé sexuelle et génésique. Il pourra s'agir de principes pour la prestation de services, de protocoles, de manuels de référence, d'instruments de travail, de listes de contrôle et de matériels d'information, d'enseignement et de communication, etc. Dans d'autres cas, il existe déjà des stratégies en cours poursuivant les mêmes buts et objectifs que la nouvelle orientation OMS. *Au moment de planifier l'introduction de nouvelles orientations de l'OMS, il est très important que les décideurs tiennent compte des outils et programmes existants.* En effet, il n'est pas nécessaire de prévoir un processus séparé pour mettre en œuvre un nouvel outil ou ligne directrice s'il est possible, par exemple, de l'incorporer dans des orientations existantes.

2.3 Repérer les éventuels obstacles et les facteurs favorables

La fourniture de soins de qualité dépend d'un certain nombre de facteurs qui, pour bon nombre d'entre eux, ne pourront être corrigés simplement en adoptant des lignes directrices ou des outils. Certains facteurs, s'ils ne sont pas pris en compte, empêchent les soignants de bien utiliser les nouvelles pratiques ; d'autres en revanche, peuvent faciliter l'introduction de nouvelles pratiques. Les facteurs dont il faut tenir compte sont les suivants :



- Ressources humaines (y compris l'enseignement, la formation, la supervision, la rémunération et l'affectation du personnel de santé).
- Lois et politiques pouvant avoir une influence sur la fourniture et l'utilisation de services.
- Infrastructure et gestion sanitaires (notamment l'infrastructure physique, les systèmes d'aiguillage, la gestion clinique, la circulation des patients ainsi que les fournitures et l'équipement).
- Environnement socioculturel et économique (dont les règles sur la sexospécificité, l'accès aux services et les croyances religieuses ou culturelles).

S'il tient compte de ces éléments fondamentaux, un processus d'introduction aura plus de chance de succès.

2.4 S'assurer que les adaptations reposent sur des données factuelles

Les orientations de l'OMS en santé sexuelle et génésique se fondent sur des preuves scientifiques, y compris sur la recherche biomédicale, clinique, épidémiologique et comportementale. Les recommandations mondiales de l'OMS recueillent habituellement le consensus d'experts internationaux se référant à des examens systématiques ou à d'importantes analyses documentaires.

Lorsque des lignes directrices ou des outils sont adaptés dans un pays, *il est important que le groupe chargé de l'adaptation comprenne la motivation des nouvelles orientations*. Dans certains cas, il aura besoin d'examiner les éléments de preuve, qu'il pourra alors trouver auprès de l'OMS, ou dans d'autres cas, il pourra contacter des experts techniques capables d'expliquer la raison d'être scientifique des nouvelles recommandations. Il peut également se révéler utile de tenir compte et d'évaluer d'autres bases de connaissance « locales » – par exemple des résultats de recherches opérationnelles, des données sur la prévalence des maladies ou des recherches sur les systèmes de santé – qui peuvent avoir un impact sur les modalités d'application des orientations à l'échelon local.

Il est parfois difficile de mettre en évidence l'utilité de nouvelles pratiques, mais fournir des données de la recherche pendant le processus d'adaptation peut aider à convaincre les individus qui restent attachés à des pratiques inutiles, nocives ou inefficaces.

2.5 Prévoir l'élargissement dès le départ

S'accorder sur la nécessité de nouvelles lignes directrices ou de nouveaux outils n'est qu'une petite étape d'un long processus de mise en œuvre. Les responsables de programmes doivent se montrer déterminés pour que les pratiques fondées sur des données factuelles atteignent ceux qui en ont besoin, c'est-à-dire le personnel soignant des dispensaires et les patients/clients. *Il est indispensable de planifier à long terme pour permettre aux projets pilotes de progresser et de s'élargir jusqu'au niveau national*. Même si au départ les ressources nécessaires pour la mise en œuvre d'orientations au niveau national ne sont pas disponibles, il est important que le processus d'introduction ait anticipé la mobilisation de ressources.



2.6 Mettre en œuvre toute une gamme d'interventions pour changer les pratiques des soignants

Pour faire en sorte que les orientations reposant sur des données factuelles soient appliquées dans la pratique clinique, il faut mettre en place tout un éventail d'interventions pour encourager les professionnels de santé à modifier leur comportement et leurs attitudes. Il ne suffit pas de diffuser simplement les lignes directrices ou les outils pour changer les pratiques. Le choix des interventions dépendra du contexte local et de la nature des orientations qui seront adaptées et mises en œuvre. Diverses stratégies de mise en œuvre sont évoquées dans la prochaine section.



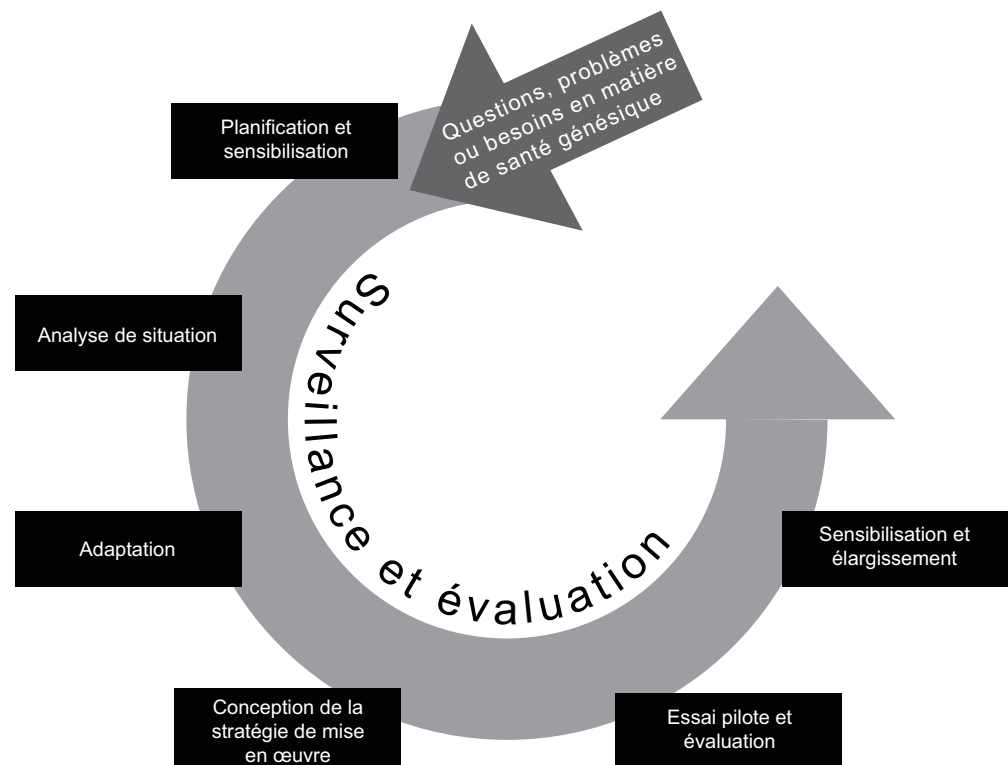
3. Suggestion de processus pour introduire des orientations

La figure 1 suggère différentes étapes d'un processus visant à introduire des orientations OMS dans les programmes. Ce processus variera en fonction des environnements et ne sera pas toujours linéaire. Par exemple, une analyse de situation a déjà été menée avant l'introduction de la nouvelle orientation. Le processus pourra par ailleurs devenir cyclique, c'est-à-dire qu'une fois mis en œuvre un outil ou une ligne directrice, la surveillance et l'évaluation continues ou la recherche opérationnelle révèlent qu'il faut procéder à d'autres révisions ou introduire de nouvelles pratiques dans d'autres domaines.

Le processus d'introduction d'orientations OMS peut aussi varier selon la nature des lignes directrices ou des outils concernés. Dans de nombreux cas, les orientations OMS pourront servir à actualiser des principes de prestation de services existants, ce qui simplifiera le processus suggéré ici. Quoi qu'il en soit, le processus doit impérativement être flexible pour s'adapter aux particularités du programme.

La présente section montre les éléments clés d'une suggestion de processus.

Figure 1 : Suggestion de processus en six étapes pour introduire des orientations





3.1 Planification et sensibilisation – Etape 1

Le processus destiné à introduire de nouvelles orientations dans un programme répond généralement à un problème de santé sexuelle et génésique précis et à la nécessité de mettre au point de nouveaux outils ou lignes directrices ou d'en actualiser d'anciens dans le but de résoudre ce problème. Parfois le besoin est évident, mais dans d'autres cas il n'apparaît qu'après une analyse de situation détaillée (étape 2). Dans d'autres situations, il faut préconiser de nouvelles orientations pour que les responsables de programmes se rendent compte de leur nécessité. Quoi qu'il en soit, le minimum est d'examiner soigneusement les matériels et programmes existants (voir l'encadré 1) pour déterminer si une nouvelle ligne directrice ou un nouvel outil doivent être mis en œuvre ou s'il suffit d'en actualiser d'anciens.

Encadré 1 : Examiner les matériels et programmes existants

- Existe-t-il déjà des lignes directrices et outils dans le domaine concerné ? Sont-ils à jour ? Comment les nouvelles orientations se rattacheront-elles aux matériels existants ?
- Quels sont les décalages et les contradictions entre les nouveaux outils et lignes directrices et ceux qui existent déjà ?
- Faut-il nécessairement mettre en œuvre la nouvelle orientation OMS pour améliorer la qualité des soins ?
- Serait-il plus pratique, réaliste et rentable d'intégrer les normes OMS dans les lignes directrices et outils existants au lieu de créer de nouveaux outils et lignes directrices ?
- Est-ce que les avantages que confèrent la nouvelle ligne directrice ou le nouvel outil valent largement le temps, les efforts et les ressources engagés pour les introduire dans les programmes ?
- Le contenu des nouvelles orientations sera-t-il en conflit avec d'autres matériels existants ?
- Quels types d'interventions, activités ou projets existants continueront d'être mis en œuvre ou d'être utilisés conjointement à la nouvelle orientation, comme par exemple des programmes de formation, d'amélioration de la qualité, des programmes à base communautaire, etc. ? Y a-t-il des synergies possibles avec ces activités ?

Coordination

Il est important que les actions pour introduire de nouvelles lignes directrices ou de nouveaux outils dans un programme soient menées par l'autorité locale pertinente. Certes, d'autres organisations ou institutions pourront lui prêter main forte, mais elle est la seule à garantir que toutes les parties prenantes concernées seront impliquées. Pour que l'introduction d'orientations reposant sur des données factuelles soit un succès, l'autorité locale doit impérativement apporter un soutien sans faille.

Pendant la période de planification, les institutions ou personnes clés responsables de l'introduction doivent se réunir pour constituer une *équipe de spécialistes chargés des orientations* qui planifie et coordonne conjointement l'ensemble du processus. Il s'agira généralement d'une équipe de trois à cinq personnes : un groupe restreint



représentant les organisations ou les départements clés impliqués. L'équipe pourra toutefois compter plus ou moins de membres en fonction du processus et du contexte. Le processus d'introduction de nouvelles pratiques pouvant être long, l'équipe doit s'attacher à ce que les pratiques soient appliquées à l'échelle qui convient.

Il est par ailleurs important de désigner un *coordonnateur* qui aura tout simplement la responsabilité d'introduire la ligne directrice ou l'outil. Elle ou il assure la liaison entre différents groupes, dirige le processus d'adaptation et planifie le processus de mise en œuvre. Le coordonnateur doit avoir une bonne compréhension technique des lignes directrices ou des outils et du domaine particulier de la santé sexuelle et génésique. Elle ou il doit aussi être capable de communiquer aisément avec les différents groupes engagés. Habituellement, le coordonnateur travaille pour l'autorité locale ou en étroite collaboration avec elle.

Orientation et sensibilisation

Une fois établie la nécessité de nouveaux outils ou lignes directrices, il faut que l'équipe de spécialistes chargés des orientations interagisse avec des décideurs clés à différents niveaux ou avec d'autres organisations concernées pour leur expliquer qu'il est indispensable de mettre en place de nouvelles orientations. Les activités d'orientation et de sensibilisation peuvent être menées de façon informelle dans le cadre de petites réunions auxquelles participeraient des personnes clés et de façon plus formelle dans le cadre d'ateliers d'orientation. En général, il est important d'inviter des faiseurs d'opinion, des membres d'organes professionnels et d'autres « chefs de file » qui peuvent donner du poids et de l'autorité au besoin de modifier les pratiques. Un atelier d'orientation peut avoir différents objectifs, notamment les suivants :

- décortiquer le problème que l'introduction d'orientations doit résoudre ;
- se familiariser avec les nouvelles orientations, en soulignant les « nouveautés » ;
- mener un débat approfondi sur la nécessité de nouvelles lignes directrices ou de nouveaux outils ;
- examiner les informations recueillies au cours d'une analyse de situation (voir l'étape ci-après) ;
- déterminer les objectifs et les buts clés de la mise en œuvre de nouvelles orientations ;
- renforcer le partenariat ;
- mobiliser les ressources, notamment celles destinées à l'adaptation, aux essais pilotes et à l'élargissement ;
- identifier d'autres parties prenantes clés.

Lancer la surveillance et l'évaluation

Dans le processus d'introduction, il faut rapidement mettre en place un système destiné à surveiller et à évaluer la mise en œuvre de nouvelles orientations. Planifier ces activités à un stade précoce permet d'établir des indicateurs clés sur le processus et les résultats. Généralement, il faut commencer à recueillir les données dès l'analyse



de situation de départ et continuer jusqu'à l'élargissement complet et la mise en œuvre nationale des orientations. Il est indispensable de partager constamment les résultats de la surveillance et d'examiner leurs conséquences pour l'élargissement du projet. Différents outils de surveillance et d'évaluation peuvent être utilisés (voir l'annexe).

3.2 Analyse de situation – Etape 2

En général, analyser la situation en cours constitue une étape importante du processus d'introduction. *Dans la plupart des pays, analyses de situation, enquêtes et rapports de programmes existent déjà.* Il suffit donc de rassembler les informations pertinentes et de les examiner en groupe. Mais en fonction des environnements, il faut impérativement procéder à une analyse de situation plus rigoureuse. Il faut habituellement analyser la situation en cours pour les raisons suivantes :

- recueillir des **données de départ** pour surveiller et évaluer les progrès et l'impact de tout processus de mise en œuvre ;
- repérer les **disparités** importantes entre les recommandations de l'OMS et les pratiques locales, disparités dont il faudrait tenir compte pendant le processus d'adaptation ;
- repérer les **possibilités qu'offre** le programme de soutenir l'introduction de nouvelles orientations, et déterminer le contexte programmatique particulier qui peut avoir une influence sur l'adaptation ;
- repérer **d'autres facteurs** à examiner pour que la mise en œuvre réussisse ;
- repérer à quels **niveaux de soins** de santé il est pratique et réaliste de mettre en œuvre les nouvelles orientations ;
- **planifier** le processus d'introduction des orientations.

L'Encadré 2 donne des exemples d'informations pouvant être recueillies pendant une analyse de situation. S'il faut recueillir de nouvelles données d'analyse de situation, les différents outils et méthodes énumérés dans l'annexe seront d'une grande utilité. Dans certains cas, une analyse plus approfondie s'imposera pour évaluer la capacité du système de prestation de services d'offrir des services de qualité. Une telle évaluation peut durer plusieurs mois, raison pour laquelle il faut la planifier et la réaliser avec soin.



Encadré 2 : Informations utiles d'une analyse de situation

- Utilisation actuelle des lignes directrices, outils et autres matériels (voir l'Encadré 1).
- Programmes en cours sur la santé sexuelle et génésique dans le pays.
- Identification d'organisations clés fournissant des services, des formations ou un appui dans le domaine concerné (ministères, organisations non gouvernementales, établissements de formation, donateurs, etc.).
- Autres informations sur la formation, notamment :
 - tout programme de formation en cours d'emploi antérieur ou actuel et éléments pertinents concernant la formation préalable des enseignants ;
 - programmes d'études et matériels pour la formation préalable des enseignants.
- Mécanismes et outils de supervision.
- Données démographiques et épidémiologiques pertinentes (par exemple taux d'utilisation de contraceptifs, épidémiologie des infections sexuellement transmissibles/VIH, taux de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales), non regroupées si possible (par exemple par sexe, région, âge, milieu socio-économique et origine ethnique).
- Questions regardant les ressources humaines, y compris :
 - affectation du personnel de santé (quels soignants fournissent quels services et à quel niveau de soins ?) ;
 - supervision ;
 - rémunération (combien gagne le personnel soignant ? en quoi cela influe sur la fourniture de services ?).
- Engagement du secteur privé dans la fourniture de biens et de services.
- Lois, politiques et réglementations relatives à la fourniture de services pouvant avoir une influence sur l'application de nouvelles pratiques.
- Informations issues de la recherche sur les services de santé, à savoir notamment :
 - qualité des soins dans le cadre des services, y compris avec les pratiques actuelles ;
 - intégration des services ;
 - utilisation des services et circulation des clients/patients.
- Informations issues de la recherche en sciences sociales, portant notamment sur la façon de voir les choses du côté du client/patient et du côté du soignant, et sur les comportements de chacun.
- Audits cliniques et inspection des installations (dont la disponibilité des fournitures et des biens aux différents niveaux de soins).

En général, il est souhaitable que l'équipe de spécialistes chargés des orientations fasse de cette liste un aide-mémoire basé sur chaque ligne directrice ou outil particulier à utiliser dans le processus d'introduction.



3.3 Adaptation – Etape 3

L'adaptation fait d'une ligne directrice ou d'un outil conçu « de l'extérieur » un produit accepté qui répond aux besoins, aux particularités et au contexte d'une région ou d'un pays précis. Elle peut se solder par la mise à jour ou la révision de lignes directrices et d'outils nationaux existants.

Pourquoi adapter ?

Chaque pays a son propre contexte pour fournir des services de santé sexuelle et génésique. Même si certaines orientations conçues « de l'extérieur » peuvent être appliquées en ne procédant qu'à de petites adaptations, voire à aucune, il est important que les responsables de programmes examinent les nouvelles orientations OMS pour vérifier qu'elles sont applicables dans le contexte national ou infranational. Le processus d'adaptation permet aussi de développer un sentiment d'appartenance au projet et de renforcer le consensus autour des nouvelles orientations.

La plupart des documents devront subir au moins quelques modifications pour être utilisés convenablement dans le programme local. Les outils destinés aux soignants demanderont une adaptation plus approfondie.

Les questions d'adaptation clés à examiner sont les suivantes :

- Contexte épidémiologique : adaptation en fonction des différents niveaux de prévalence du VIH, du paludisme ou des infections de l'appareil reproducteur et des infections sexuellement transmissibles ; profils de sensibilité aux médicaments différents ; etc.
- Contexte du système de santé : adaptation pour les différents niveaux du système de prestation de soins de santé ; différentes capacités et compétences des soignants ; produits ; fournitures ; systèmes d'orientation-recours ; etc.
- Contexte juridique et politique : parfois l'adaptation est nécessaire pour que les orientations soient conformes aux législations et politiques existantes. Il est également important de repérer les domaines dans lesquels il faut inciter à modifier les lois et les politiques.
- Stratégies et programmes existants : adaptation pour jeter des ponts entre les nouveaux outils et lignes directrices et les programmes et projets y relatifs.
- Contexte des ressources : adaptation pour que la réalisation et la diffusion des orientations soient réalistes, compte tenu des ressources disponibles pour le programme.

Participation des parties prenantes à l'adaptation

Le processus d'adaptation est l'occasion de faire participer les parties prenantes clés au processus plus large d'introduction. Les différents domaines techniques regroupent différentes parties prenantes, certains domaines ayant un rôle plus crucial que d'autres. Concernant les orientations de santé sexuelle et génésique, il faut tenir compte de la liste figurant dans l'encadré 3. Généralement, l'équipe de



spécialistes chargés des orientations est capable d'identifier les parties prenantes qui s'imposent.

Solliciter l'implication des parties prenantes à un stade précoce leur permet de se sentir engagés et concernés et facilite le processus de mise en œuvre. Grâce à cette méthode participative et transparente, les nouvelles pratiques ou lignes directrices seront mieux acceptées.

Le mécanisme d'adaptation permet aussi aux différentes parties prenantes de se familiariser avec la nouvelle orientation ou avec un nouvel outil ou ligne directrice, surtout si le processus d'orientation évoqué précédemment (voir page 8) a été limité. Leur participation peut revêtir différentes formes. Certaines peuvent apporter des connaissances techniques dans le processus d'adaptation, d'autres peuvent participer à d'autres activités de base comme la formation, et d'autres encore peuvent se faire l'avocat des nouvelles pratiques au sein de leurs propres institutions.

Encadré 3 : Parties prenantes pouvant être engagées dans l'adaptation des orientations de santé sexuelle et génésique

- Ministères ou unités gouvernementales concernés, y compris ceux qui ne sont pas véritablement responsables de la mise en œuvre des nouvelles orientations, mais qui jouent tout de même un rôle dans le processus.
- Associations et organes professionnels : associations d'obstétriciens et de gynécologues, de pédiatres, d'infirmières et de sages-femmes ou de dermatologues-vénérologues.
- Experts en planification familiale, santé maternelle et néonatale ou infections de l'appareil reproducteur/infections sexuellement transmissibles.
- Organisations non gouvernementales impliquées dans la prestation de services de santé sexuelle et génésique : associations de planification familiale, programmes pour la maternité sans risque, organisations de jeunes et autres organisations de prestation de services et de formations.
- Représentants du secteur privé pertinents : organisations et personnels de soins de santé du secteur privé, organisations de marketing social, pharmaciens chargés de la prestation de services et laboratoires pharmaceutiques.
- Universités ou autres institutions d'enseignement engagées dans la recherche, la prestation de services ou la formation des soignants.
- Représentants d'organismes techniques travaillant dans le domaine de la santé sexuelle et génésique ou des infections de l'appareil reproducteur/infections sexuellement transmissibles, y compris des experts locaux et régionaux de l'OMS et d'autres institutions internationales.
- Utilisateurs finals représentatifs (tant le personnel soignant que les clients/patients).
- Donateurs soutenant la fourniture de services de soins de santé sexuelle et génésique.
- Groupes communautaires : groupes de défense des droits des femmes, groupes religieux et groupes de jeunes.



Traduction

Il faut traduire les orientations OMS dans les langues locales soit avant les processus d'adaptation et d'essais sur le terrain soit après, en fonction des besoins et du contexte. Il est important que les membres de l'équipe de spécialistes chargés des orientations prévoient un délai suffisant pour être sûrs d'obtenir une traduction rigoureuse et de bonne qualité. *L'OMS recommande que toute traduction de ses lignes directrices et outils soit examinée par des experts en santé sexuelle et génésique locaux.* L'expérience a montré que de nombreuses traductions de documents généraux sont réalisées en toute hâte et présentent donc beaucoup d'erreurs techniques. Il est également utile de mettre au point un glossaire terminologique pour s'assurer que la terminologie médicale est traduite correctement et de façon cohérente.

Si l'équipe travaille dans un pays où l'on parle plusieurs langues et dialectes, il peut se révéler utile de réaliser plusieurs versions de chaque ligne directrice ou outil dans plusieurs langues locales différentes. Cela s'applique surtout aux outils que patients et clients utiliseront et verront.

Adaptations infranationales

De même qu'il est nécessaire d'adapter les orientations mondiales aux situations nationales, les orientations nationales, et notamment dans les grands pays, doivent être adaptées au contexte infranational. Certaines mesures pourront fonctionner dans certaines zones et pas dans d'autres. La possibilité d'introduire des modifications dans la fourniture de services diffère d'un environnement à l'autre.

Examen pour déterminer les changements

L'équipe de spécialistes chargés des orientations devra planifier un processus pour :

- repérer les disparités, c'est-à-dire examiner les nouvelles orientations à la lumière des politiques et pratiques en cours ;
- examiner les données pertinentes qui peuvent avoir une influence sur les changements à opérer (obtenues généralement pendant l'analyse de situation) ;
- décider des changements nécessaires pour que les lignes directrices et outils soient utilisés correctement dans le programme.

Le processus d'examen peut revêtir différentes formes. Habituellement, les parties prenantes se réunissent pour constituer un *groupe de travail chargé de l'adaptation* pour mener un débat et un dialogue ouverts. Si le groupe compte beaucoup de membres, des sous-groupes peuvent être formés, voire des groupes de travail encore plus restreints. Les domaines techniques spécifiques exigent des réunions spéciales réunissant des experts clés.

Il est également utile de désigner un expert particulier chargé d'examiner les orientations de l'OMS avant la convocation de toute réunion de groupe de travail. Il aura pour tâche de souligner clairement les différences entre les nouvelles orientations et la politique en cours, mais également de suggérer des adaptations. Les résultats de son travail sont ensuite présentés au groupe de travail chargé de l'adaptation. Pendant ce processus, il est important de préciser que de nombreuses recommandations OMS reposant sur des données factuelles devront être adoptées sans adaptation.



Pour déterminer s'il est nécessaire de procéder à des changements, il est possible de consulter un des *guides d'adaptation technique de l'OMS* mis au point pour chaque ligne directrice ou outil. Ces documents soulignent dans quels domaines clés des adaptations peuvent ou doivent être réalisées. A fin 2006, on comptait les guides d'adaptation technique suivants :

- *Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de planification familiale* (2005).
- *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles* (2003).
- *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : guide des pratiques essentielles* (2003).
- *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : guide des pratiques essentielles* (2005).

Pendant une réunion du groupe de travail chargé de l'adaptation, la présence de modérateurs ou de consultants externes peut se révéler utile. Si les recommandations OMS sur la santé sexuelle et génésique sont susceptibles d'être remises en cause, il faudra alors fournir les *éléments de preuve*, c'est-à-dire les normes et protocoles de l'OMS ainsi que les documents de recherche, analyses documentaires et/ou documents d'analyse systématique qui ont servi de référence. Il peut être utile d'inviter un expert ou un consultant de l'OMS capables de commenter ces éléments de preuve et d'expliquer les motifs des recommandations, ou d'inviter des experts de différents programmes ou pays qui ont déjà une expérience de l'adaptation d'orientations spécifiques dans leur programme.

La réunion d'un groupe de travail chargé de l'adaptation est aussi l'occasion d'examiner d'autres facteurs pouvant avoir une influence sur la bonne marche de la mise en œuvre des orientations, nombre d'entre eux ayant été révélés pendant l'analyse de situation. Les éventuels facteurs à examiner sont les suivants :

- Les facteurs **structurels**, par exemple des obstacles financiers empêchent de fournir des soins de qualité.
- Des obstacles **organisationnels**, par exemple capacités et compétences des soignants, installations et équipement.
- Les **groupes d'affinité**, par exemple les normes locales de soins ne sont pas conformes aux pratiques souhaitées.
- **L'individu**, par exemple connaissances, attitudes et capacités des soignants.
- **Interaction entre les soignants et les clients/patients**, par exemple relation patriarcale entre le client/patient et le soignant.

Le groupe de travail chargé de l'adaptation peut régler certaines questions, mais d'autres devront être examinées au moment de planifier la mise en œuvre. Pour régler certains obstacles, il faudra parfois que la ligne directrice ou l'outil subisse des adaptations spécifiques. Toute recommandation émise pendant ce processus doit être rapportée au groupe de parties prenantes plus élargi.



Essai sur le terrain

L'essai sur le terrain est réalisé avec le public concerné pour que le matériel introduit (habituellement destiné aux soignants et aux clients/patients) soit facile à l'emploi et compréhensible. Il fournit des rétroinformations sur le format et la teneur du guide. L'essai sur le terrain se distingue de l'essai pilote (examiné ultérieurement) en ce sens qu'il n'évalue ni le programme complet d'introduction des orientations (y compris les matériels de formation, de supervision, d'information, d'enseignement et de communication), ni l'efficacité et l'impact des orientations. Il est toutefois possible de les combiner. Si les orientations OMS doivent être incorporées dans des manuels et matériels nationaux existants, l'essai sur le terrain peut ne pas être jugé nécessaire.

Si un outil ou un guide clinique OMS destiné aux soignants est introduit, on peut soit tester le guide OMS générique sur le terrain *avant de l'adapter*—et ce dans le but d'alimenter le processus d'adaptation—, soit tester sur le terrain le matériel local *après l'avoir adapté*.

On peut avoir recours à différentes méthodes pour réaliser des essais sur le terrain, par exemple groupes thématiques, interviews et questionnaires. Dans certains cas, il faut aussi tester une ligne directrice ou un outil avec des clients/patients, surtout s'ils contiennent du matériel de communication qui leur est destiné.

Toute ligne directrice ou outil ayant subi une adaptation importante après l'essai sur le terrain devra être retesté pour vérifier que les modifications fonctionnent.

Modalités de l'adaptation nationale

Parfois, modifier une ligne directrice ou un outil à la suite d'un processus d'examen ou d'un essai sur le terrain peut prendre beaucoup de temps, surtout si des experts sont censés réécrire ou réviser certaines sections du document. Il faut alors engager un rédacteur.

Pour procéder à une adaptation, il faut examiner les aspects clés suivants :

- **Le format.** Changer le format peut prendre du temps et il faut l'avoir prévu. Il faut veiller à ce que l'information soit facilement accessible et à ce que le document révisé soit homogène. Si l'on utilise des recommandations OMS pour mettre à jour des standards et protocoles nationaux existants, l'équipe devra voir s'il faut concevoir des outils de travail faciles à utiliser pour accompagner les documents d'orientation nationaux.
- **Les illustrations.** Il faut les adapter en fonction du contexte national.
- **La langue.** S'il s'agit d'une langue officielle de l'OMS, la terminologie doit être adaptée.

Habituellement, il faut recruter un concepteur graphique spécialisé pour la version nationale. Elle ou il doit s'employer à travailler méthodiquement avec le personnel technique pour s'assurer que toutes les modifications sont correctement réalisées.

Une fois les modifications faites, il faut procéder à une révision rigoureuse pour détecter erreurs et incohérences.



3.4 Conception de la stratégie de mise en œuvre – Etape 4

La mise en œuvre comprend un ensemble précis d'activités ou d'interventions conçues pour que de nouvelles orientations soient appliquées dans le cadre de programmes et que les soignants utilisent correctement des pratiques reposant sur des données factuelles.

Une fois terminés les processus d'analyse de situation et d'adaptation, l'équipe de spécialistes chargés des orientations doit planifier et contrôler en détail la stratégie de mise en œuvre. Il s'agira d'intégrer les orientations OMS dans un programme de fourniture de services existant ou d'élaborer un nouveau programme fondé sur les nouvelles orientations. Dans certains cas, la mise en œuvre d'orientations suscite d'importants changements dans la fourniture de services, par exemple lorsqu'elle intègre la lutte contre les infections sexuellement transmissibles/infections de l'appareil reproducteur dans d'autres services de santé sexuelle et génésique. Certains outils de planification peuvent aider à repérer les activités clés et à concevoir un cadre de surveillance et d'évaluation (l'annexe énumère une liste d'outils et de méthodes).

Planifier la mise en œuvre

Il faut tenir compte des aspects suivants :

- **Buts et objectifs généraux.** D'abord soulignés dans les premières étapes de la planification, les buts et objectifs de la mise en œuvre peuvent être réexaminés et révisés suite à l'analyse de situation pour s'assurer qu'ils sont réalistes et atteignables.
- **Indicateurs et calendrier d'exécution.** Il faut prévoir les indicateurs pour évaluer le processus, les résultats et l'impact.
- **Public cible.** A quel type de personnel soignant le guide s'adresse-t-il ? Certains soignants sont-ils visés en priorité ? Comment atteindre les autres ? A quel stade du processus de mise en œuvre ?
- **Possibilités de renforcement.** Comment le programme peut-il intégrer l'introduction de lignes directrices ou d'outils nouveaux ou actualisés dans les activités de formation, de supervision ou de diffusion déjà planifiées ou financées ?
- **Obstacles à surmonter.** Certains problèmes peuvent surgir pendant l'analyse de situation ou le processus d'adaptation et entraver l'application de nouvelles orientations. Pour réussir, il faut résoudre ces problèmes dans le plan du programme.
- **Ressources.** Quelles ressources sont disponibles maintenant ? Comment les utiliser au mieux ? Faut-il mobiliser davantage de ressources ? Quelles ressources sont nécessaires pour l'élargissement ? Quelles ressources sont nécessaires pour pérenniser le programme ?



Points clés pour la mise en œuvre

Il est souhaitable de créer des *sous-groupes ou équipes spéciales* pour chaque point clé ou de désigner du personnel compétent dans ces domaines. Pour certaines interventions de soutien, la coopération et la contribution d'autres groupes, organisations ou ministères sera requise.

Les points clés possibles sont les suivants :

- **Production.** Des lignes directrices ou outils de transition sont produits pour un essai sur le terrain ou un essai pilote, mais c'est sans compter la production à échelle réelle pour la phase d'élargissement. Pour ce qui est du format de production, il faut trouver un équilibre entre le souci d'économie et la nécessité de créer du matériel dont la présentation graphique séduira l'utilisateur (ce qui est souvent plus cher à produire). Par exemple, un document doté de feuillets intercalaires avec onglets coûte plus cher, mais il sera plus facile de repérer les informations, augmentant ainsi les chances que le personnel soignant l'utilise.
- **Diffusion.** La diffusion des orientations est une étape clé du processus de mise en œuvre mais *il n'est pas recommandé de procéder à la diffusion dans les dispensaires sans planification et au cas par cas : une orientation et/ou une formation convenables sont nécessaires*. Il faut que la distribution des manuels se fasse en main propre et qu'elle s'accompagne de stratégies soignées d'orientation, de formation et de contrôle, comme indiqué ci-après.
- **Sensibilisation et orientation.** Des activités de sensibilisation et d'orientation supplémentaires doivent être planifiées pour que les nouvelles orientations ou les nouvelles pratiques recueillent un soutien à tous les niveaux. Par exemple, si un ministère central a planifié l'introduction de nouvelles orientations, il faut alors faire campagne ou sensibiliser les autorités régionales ou locales. Comme pour les démarches de sensibilisation initiales, il est particulièrement important de tisser des contacts personnels et de communiquer de façon informelle, par exemple grâce à des séances d'information destinées aux décideurs régionaux. Là encore, des experts influents au niveau local peuvent être mobilisés pour défendre les nouvelles pratiques. Il faut également mener des activités d'orientation pour les usagers finals (habituellement les soignants) : différentes stratégies sont possibles pour les informer des nouvelles pratiques et les convaincre de leur importance. L'orientation peut s'accompagner de modules de formation. Il faudra généralement mettre au point des documents de communication ou mettre à jour des documents existants pour accompagner l'orientation et la sensibilisation, à savoir des aperçus de la recherche, des exposés et des documents d'information, d'enseignement et de communication (affiches, dépliants, tableaux à feuilles mobiles et aide-mémoire).
- **Formation.** Il sera peut-être nécessaire de réaliser de nouveaux matériels de formation ou d'en adapter ou d'en actualiser d'anciens. En général, il faut envisager à la fois des formations en cours d'emploi et des formations d'orientation. Il faut souvent collaborer avec les départements de la santé et de l'éducation, et les organes professionnels pour mettre à jour ou réviser les programmes d'enseignement des médecins, des infirmières et des



sages-femmes. Parfois ce processus est long, mais il est impératif que les nouvelles pratiques soient institutionnalisées. Pour toutes les formations, il sera généralement nécessaire de reformer les formateurs locaux aux nouvelles pratiques.

- **Supervision.** Pour que de nouvelles pratiques soient adoptées par le personnel soignant, il faut que superviseurs et responsables encadrent soigneusement les agents de santé. Il sera peut-être nécessaire d'actualiser ou de créer des outils de supervision comme des listes de contrôle, des outils d'évaluation de la performance et des formulaires de surveillance des patients.
- **Logistique.** Dans certains cas, de nouvelles fournitures et de nouveaux produits s'imposent pour mettre en œuvre de nouvelles orientations, ce qui demande une planification et une gestion rigoureuses.
- **Surveillance et évaluation.** Pendant la phase de mise en œuvre, des indicateurs d'évolution et de résultats devront être choisis pour différents niveaux de soins. Il est possible d'utiliser différents outils de surveillance et d'évaluation, comme indiqué dans l'annexe.
- **Autres domaines.** Selon la nature des orientations, il faudra veiller à d'autres éléments comme par exemple les ressources humaines (rémunération, affectation et supervision du personnel de santé), les lois et politiques, l'infrastructure et la gestion sanitaires (systèmes d'orientation-recours, prise en charge clinique, supervision, circulation des patients et équipement), ou l'environnement socioculturel et économique (règles sur la sexospécificité, accès aux services, croyances religieuses ou culturelles). Il faut aussi stimuler la demande et mener d'autres activités de promotion de la santé pour encourager le recours à certains services : des stratégies de promotion de la santé communautaire peuvent être élaborées.

Stratégies pour encourager les soignants à adopter de nouvelles pratiques

Généralement, un des objectifs fondamentaux de la mise en œuvre de lignes directrices et d'outils reposant sur des données factuelles est d'inciter les soignants en charge de fournir les services à modifier leurs pratiques et leur comportement. Dans certains pays, la recherche² et l'expérience ont montré qu'on peut utiliser différentes approches pour y parvenir, mais que certaines stratégies sont plus efficaces que d'autres. L'encadré 4 donne un aperçu des différentes stratégies et de leur efficacité, ce qui peut être utile pour concevoir des interventions.

3.5 Essai pilote et évaluation – Etape 5

L'essai pilote est l'occasion d'évaluer la mise en œuvre des orientations dans un programme. Il consiste à évaluer, à petite échelle, l'ensemble des interventions nécessaires pour introduire les orientations. Il permet d'évaluer la formation, la supervision, les matériels, la performance des soignants, le comportement du client et d'autres facteurs y relatifs qui ont une influence sur la mise en œuvre nationale. Il faut considérer l'essai pilote comme la première étape d'un élargissement national,

² Bero LA et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 1998, 317:465-468.



raison pour laquelle il ne doit pas être planifié indépendamment du reste. L'Encadré 5 examine des méthodes pour les essais pilotes.

Parfois, l'essai pilote ne sera pas nécessaire, par exemple lorsque l'on introduit une intervention simple ou des interventions ayant déjà fait leurs preuves dans d'autres programmes similaires ou d'autres pays.

Généralement, il est important d'organiser une réunion avec les parties prenantes pour examiner les résultats de l'essai pilote et en faire le bilan. Si des problèmes surgissent, le groupe dans son ensemble peut alors en débattre et chercher des solutions.

Encadré 4 : Stratégies pour modifier les pratiques des soignants

- **Ateliers de formation interactifs.** Ils ouvrent le débat et prévoient des séances pratiques. Il s'agit généralement d'une première étape efficace pour changer les pratiques.
- **Aide-mémoire sur les nouvelles pratiques.** Rappeler aux soignants les pratiques nouvellement enseignées, grâce par exemple à des outils de travail, des listes de contrôle, des dépliants d'information ou des documents de supervision, augmente les chances d'inscrire les changements de comportement dans la durée.
- **Visites d'enseignement de proximité.** Que les formateurs, superviseurs, responsables de programmes et conseillers fassent des visites de suivi se révèle très efficace pour encourager l'adoption de nouvelles pratiques.
- **Vérification et rétroinformation.** Surveiller la performance grâce à des enquêtes ou des outils de supervision, puis informer les soignants de leur performance est également très efficace et constructif pour garantir l'application de nouvelles pratiques.
- **Compter sur les leaders d'opinion locaux.** Des soignants ou des spécialistes influents ont un rôle important à jouer pour encourager l'adoption de nouvelles pratiques.
- **Renforcement du consensus local.** Inciter le personnel soignant à participer à la planification locale lorsque de nouvelles orientations sont introduites est une stratégie efficace car cela les aide à accepter les nouvelles pratiques.
- **Interventions par le biais des clients/patients.** Informer les clients/patients des nouvelles pratiques ou de leurs droits à des soins de qualité est une stratégie efficace pour encourager leurs soignants à adopter ces pratiques.
- **Distribution de matériels d'enseignement.** Pour être efficace, la production de matériels d'enseignement doit être assortie des stratégies susmentionnées. Se contenter de diffuser des lignes directrices, des outils et d'autres matériels sans autre initiative n'est PAS efficace pour changer les pratiques.
- **Cours en salle de classe.** Ici aussi, se contenter de prodiguer un enseignement magistral n'est PAS efficace pour faire changer les pratiques des soignants. Pour rendre cette méthode plus efficace, il faut l'assortir à d'autres stratégies, mais les ateliers de formation interactifs sont bien plus efficaces pour encourager les soignants à modifier leur comportement.

Pour que ces stratégies gagnent en efficacité, il est bon de les appliquer toutes ensembles afin que les soignants entendent les messages sous différents angles.



Encadré 5 : Méthodes pour les essais pilotes

Questions auxquelles l'essai pilote peut répondre :

- Quel est le processus de mise en œuvre ?
- La formation est-elle efficace ?
- Est-il réaliste de mettre en œuvre des lignes directrices/outils ?
- Les lignes directrices/outils peuvent-ils être mis en œuvre efficacement ?
- En conséquence, les clients/patients bénéficient-ils de soins de meilleure qualité ?
- Les clients/patients sont-ils plus satisfaits ?
- Que nous apprend le processus de mise en œuvre dans la perspective du processus d'élargissement ?

Taille et localisation de l'échantillon. Les essais pilotes sont généralement réalisés dans un petit nombre d'établissements de prestation de services de soins de santé. Ces centres peuvent être concentrés dans un district ou dispersés sur l'ensemble d'un pays dans différents districts. Si la prestation de soins de santé varie beaucoup dans le pays, il est important de tester les interventions dans différents environnements. Il faut également échantillonner dans différents types de services, par exemple à la fois dans des centres ruraux et urbains.

Modèle d'étude. Les essais pilotes prévoient généralement une évaluation avant et après l'intervention dans des établissements de prestation de soins de santé sélectionnés. Avec un modèle d'échantillonnage avant et après intervention, l'équipe recueille des données de départ avant l'introduction des orientations et les interventions qui y sont associées, puis évalue leur impact après un certain laps de temps. Habituellement, les interventions sont mises en œuvre pour une courte durée allant de un à trois mois. Autre modèle d'étude possible : mener une étude contrôlée où l'on compare l'effet des interventions introduites dans un district ou un groupe de dispensaires et d'établissements de santé à la situation dans un district ou un groupe d'établissements similaires où aucune intervention n'a été introduite. Mais il est difficile de trouver deux districts similaires ou de vérifier les différences préexistantes dans les deux environnements.

Indicateurs. Des indicateurs doivent être déterminés non seulement pour mesurer l'impact des orientations mais aussi pour évaluer l'ensemble des interventions nécessaires pour qu'elles soient mises en œuvre. Il faut sélectionner des indicateurs pour évaluer la qualité des soins, y compris les connaissances et pratiques des soignants, la satisfaction du client/patient et l'utilisation des lignes directrices ou outils. Il est également impératif de choisir des indicateurs pour évaluer le processus, les résultats et l'impact.

Méthodes d'évaluation. Il faut utiliser des méthodes d'évaluation tant quantitative que qualitative pour mesurer l'impact des orientations sur la qualité des soins. Il s'agira par exemple des méthodes suivantes : discussions au sein d'un groupe thématique, interview de soignants et de clients, questionnaires, clients mystère et inventaires. Il est possible de procéder à des études par observation pour évaluer la performance du soignant, y compris d'analyser des enregistrements sonores ou des vidéos.



3.6 Sensibilisation et élargissement – Etape 6

Examiner et diffuser les résultats d'un essai pilote est très utile pour promouvoir l'élargissement du projet. Il est possible d'élaborer du matériel de sensibilisation et d'organiser des réunions pour exposer les résultats positifs, ce qui ouvre des perspectives pour mobiliser des ressources et motiver les différentes parties prenantes, et permet par la même occasion de discuter de l'élargissement.

L'élargissement devrait découler naturellement de l'essai pilote, mais il est parfois complexe, raison pour laquelle différentes stratégies et approches doivent être envisagées (voir l'Encadré 6), d'autant que différents facteurs extérieurs peuvent avoir une influence.

Principaux enseignements à tirer des interventions d'élargissement

Sur la base d'un cadre consacré à l'élargissement que l'OMS³ élabore actuellement, on a pu tirer plusieurs enseignements clés de l'intégration de nouvelles pratiques dans le cadre de programmes nationaux. Ils découlent d'un examen approfondi d'expériences vécues sur le terrain :

- **Se concentrer sur l'objectif final dès le départ.** L'élargissement doit être planifié à un stade précoce du processus d'introduction. Il ne doit pas être envisagé qu'après l'essai pilote.
- **Il faut tenir compte des ressources.** Le coût d'un élargissement, c'est-à-dire assurer une mise en œuvre nationale, doit être soigneusement étudié dès le départ et les objectifs du programme doivent être ajustés en fonction de la situation potentielle de financement.
- **Faire connaître les résultats positifs de l'essai pilote et partager les enseignements.** Il est indispensable de mettre en évidence les projets pilotes réussis pour sensibiliser et collecter des fonds. Dans certains cas, il est aussi utile de montrer les succès remportés sur le terrain en invitant les responsables chargés du choix des politiques et les décideurs à se déplacer sur les sites pour constater par eux-mêmes que la mise en œuvre des nouvelles orientations ou interventions est une réussite.
- **Il est important d'adopter une approche échelonnée pour que les projets soient élargis progressivement.** Comme le montre la recherche, il vaut mieux que le processus d'élargissement se fasse graduellement pour que l'on puisse tirer des enseignements et s'adapter au fur et à mesure. C'est particulièrement important lorsque la mise en œuvre de nouvelles orientations prévoit l'élaboration ou la reconfiguration totale d'un programme. Mais dans certains cas, il est préférable de mettre en œuvre à grande échelle plus rapidement. Par exemple, si de nouvelles lignes directrices ou de nouveaux outils se sont

³ Simmons R, Shiffman J. Scaling up health service innovations: a framework for action. In : Simmons R, Fajans P, Ghiron L, eds. *Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (sous presse).



révélés efficacement introduits dans le cadre d'un essai pilote, il est important d'introduire les nouvelles pratiques auprès de l'ensemble des soignants aussi vite que possible pour éviter des disparités dans la prestation des services ou que des idées fausses se propagent au sein du personnel soignant.

- **Saisir sa chance quand la conjoncture politique est favorable.** A certains moments, la santé sexuelle et génésique constitue une priorité du programme politique, par exemple après l'élection ou la désignation de décideurs sensibles à cette cause. C'est l'occasion de recueillir des ressources et de promouvoir de nouvelles pratiques. Mais généralement, la conjoncture ne demeure favorable que pour un temps limité : l'équipe de spécialistes doit étudier comment maintenir l'impulsion lorsque la conjoncture est moins favorable. Elle doit aussi veiller à ce que l'impulsion donnée à un programme en temps de bonne conjoncture ne compromette pas sa qualité.
- **Dans les systèmes décentralisés, les décideurs locaux doivent participer au processus de planification.**
- **L'implication de nouveaux partenaires à un stade ultérieur peut présenter des avantages comme des risques.** De nouveaux partenaires peuvent se joindre au programme pour promouvoir un élargissement. L'équipe de spécialistes chargés des orientations doit contribuer à renforcer la capacité institutionnelle de ces nouvelles organisations, notamment leur capacité de formation. En intégrant de nouveaux partenaires, l'équipe doit s'assurer que les buts et objectifs de départ du programme sont respectés.
- **La surveillance et l'évaluation doivent se poursuivre.** Une fois lancée la mise en œuvre d'un programme, il est important de continuer à surveiller et à évaluer ses activités. Cela permet d'évaluer l'impact du programme et de comprendre les déterminants d'un élargissement réussi.



Encadré 6 : Approches pour l'élargissement

Les décideurs doivent examiner différentes approches pour planifier l'élargissement d'un programme visant à introduire de nouvelles orientations et pratiques. Des changements nationaux ou institutionnels—et notamment juridiques ou politiques—décidés dans le but d'encourager l'application de nouvelles orientations peuvent aussi venir étayer ces stratégies.

1) Elargissement d'expansion/horizontal

Ce sont les cas où de nouvelles orientations ou un nouveau programme sont mis en œuvre au niveau national de façon échelonnée :

- soit en lançant le programme (formation, diffusion, etc.) à un endroit pour ensuite le reproduire dans d'autres régions ;
- soit en se concentrant d'abord sur un groupe de soignants, puis en élargissant la stratégie de mise en œuvre à d'autres groupes de soignants.

Dans certains pays, différentes institutions donatrices sont responsables des programmes dans différentes régions du pays et l'élargissement doit donc se faire région par région. Dans d'autres, les systèmes de santé sont décentralisés : l'expérience de la mise en œuvre des orientations dans une région est alors partagée avec d'autres régions pour encourager l'application des meilleures pratiques.

2) Elargissement fonctionnel : l'approche « complémentaire »

Au lieu d'instituer un programme national reposant sur une ligne directrice ou un outil, il peut se révéler plus efficace d'ajouter des éléments à des stratégies existantes de formation ou d'amélioration de la qualité. C'est particulièrement approprié si le programme existant est réussi et capable de s'adapter facilement pour incorporer une nouvelle formation ou de nouvelles orientations.

3) L'approche en cascade

Les orientations peuvent également être mises en œuvre en partant du niveau central pour descendre ensuite en cascade jusqu'aux niveaux régional, du district et municipal. Si une formation nationale de formateurs est menée, tout doit être fait pour s'assurer que la qualité de la formation est maintenue pendant l'élargissement. Du matériel de formation et de supervision adéquat doit être mis à disposition avant d'entamer l'approche en cascade.

4) Diffusion spontanée

Cette approche repose sur le passage spontané de nouvelles pratiques d'un individu à l'autre sans promotion au niveau national. Elle permet de réaliser des économies d'énergie et de coûts. Mais elle est risquée car le transfert des nouvelles pratiques peut être incomplet ou superficiel. Cette approche peut également se révéler très limitée si les soignants ne perçoivent pas la nécessité d'appliquer ces nouvelles pratiques.



4. Conclusion

Il faut veiller à ce que les personnes qui introduisent de nouveaux outils ou lignes directrices OMS dans leur programme de soins de santé sexuelle et génésique ne considèrent pas ces matériels comme de simples documents à distribuer, mais plutôt comme des outils renfermant des pratiques de soins de santé que le personnel soignant doit adopter grâce à un processus d'adaptation et de mise en œuvre bien planifié.

Les procédures visant à mettre en œuvre les orientations et à modifier les pratiques peuvent sembler longues et insurmontables, mais il est important de suivre les principes et processus suggérés dans le présent document si l'on veut pérenniser les changements au niveau de la prestation des services. Même la simple actualisation d'orientations nationales grâce à de nouvelles recommandations exige des interventions programmatiques complémentaires (formation et développement de matériels de supervision par exemple) pour faire en sorte que ces mises à jour soient réalisées. Lorsque la mise en œuvre de nouvelles orientations implique des changements dans les modalités de fourniture des services, un processus d'introduction global est généralement nécessaire.

Un processus d'adaptation basé sur la collaboration et la participation de chacun permet aux décideurs politiques, aux organes professionnels et à d'autres experts nationaux de se sentir parties prenantes du projet et de se sentir concernés. Une fois qu'une version nationale a été conçue ou mise à jour puis adoptée, il faut soigneusement planifier le processus de mise en œuvre des nouvelles orientations au niveau de la prestation de services. Les soignants ne pourront appliquer une nouvelle pratique que : a) s'ils sont convaincus de sa nécessité ; b) s'ils ont été formés pour la mettre en œuvre ; c) si leurs superviseurs les encouragent à l'adopter ; d) s'ils disposent de matériels (lignes directrices, outils au travail, listes de contrôle) pour les aider à l'appliquer ; et e) si leur environnement de prestation de services leur permet de l'appliquer. On est souvent tenté de diffuser des orientations sans tenir compte de ces éléments, mais l'expérience a montré que si l'on n'y prête pas attention, les changements pour améliorer la qualité ne seront pas durables.



5. Annexe : Ressources additionnelles

Outils et lignes directrices de surveillance et d'évaluation

Indications générales

BOND. *Monitoring and evaluation guidance notes* : <http://www.bond.org.uk/pubs/guidance/4monitorandevaluate.pdf> (consulté le : 11.04.06)

MEASURE Evaluation. *A guide to monitoring and evaluation of capacity-building interventions in the health sector in developing countries* : <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-03-07.pdf> (consulté le : 11.04.06)

MEASURE Evaluation. *Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries* : <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-01-03.pdf> (consulté le : 11.04.06)

Columbia University. *The design and evaluation of maternal mortality programs* : <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-09-tool10.html> (consulté le : 11.04.06)

MEASURE Evaluation. *Compendium of child survival monitoring and evaluation tools* : <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-00-08.html> (consulté le : 11.04.06)

Family Health International. *Evaluating programs for HIV/AIDS prevention and care in developing countries* : <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/Archive/evalchap/index.htm> (consulté le : 11.04.06)

Utiliser l'évaluation pour la planification de programmes

MSH. *Using evaluation as a management tool* : http://erc.msh.org/TheManager/English/V6_N1/V6_N1_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

OMS. *Au-delà des Nombres - Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse* : <http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/btn/index.htm> (consulté le : 10.10.07)

MEASURE Evaluation. *Quick investigation of quality (QIQ): a user's guide for monitoring quality of care in family planning* : <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-01-02.pdf> (consulté le : 11.04.06)

Indicateurs

OMS. *Reproductive health indicators for global monitoring* : http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_19/index.htm (consulté le : 11.04.06)

OMS. *Surveillance de la santé reproductive : établissement d'une liste restreinte d'indicateurs nationaux et mondiaux* : http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_RHT_HRP_97.26_fre.pdf (consulté le : 10.10.07)

OMS. *Choix des indicateurs de la santé reproductive: Guide à l'usage des administrateurs de district* : http://www.who.int/reproductive-health/publications/HRP_97_25_fr/HRP_97_25_abstract.fr.html (consulté le : 10.10.07)



Population Technical Assistance Project. *Pocketbook of family planning and reproductive health indicators for program design and evaluation* : <http://www.poptechproject.com/pdf/Pocketbook.pdf> (consulté le : 11.04.06)

MEASURE Evaluation. *Compendium of indicators for evaluating reproductive health programs* : <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-06.html> (consulté le : 11.04.06)

The Futures Group International. *Maternal and neonatal program index (MNPI)* : <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-09-tool17.html> (consulté le : 11.04.06)

Outils et lignes directrices pour l'analyse de situation

Outils spécifiques

OMS. *The strategic approach* : http://www.who.int/reproductive-health/strategic_approach/intro.en.html (consulté le : 11.04.06)

OMS. *The programme guidance tool for RTIs/STIs* (sous presse, prière de contacter rhrpublications@who.int)

OMS. *Safe motherhood needs assessment* : http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/smna_index.en.html (consulté le : 11.04.06)

EngenderHealth. *COPE self assessment process* : http://www.engenderhealth.org/pubs/pubs_quality.html (consulté le : 11.04.06)

MEASURE Evaluation. *Quick investigation of quality (QIQ): a user's guide for monitoring quality of care in family planning* : <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-01-02.pdf> (consulté le : 11.04.06)

PATH. *A tool to assess program capacity: adding services to manage reproductive tract infections* : <http://erc.msh.org/newpages/english/toolkit/rti-path.pdf> (consulté le : 11.04.06)

IntraHealth. *Performance improvement: stages, steps, tools* : <http://www.intrahealth.org/sst/> (consulté le : 11.04.06)

IntraHealth. *Performance improvement : family planning and prevention of mother-to-child transmission of HIV/AIDS services* : http://www.intrahealth.org/images/stories/pubs/fppmtct_integration_toolkit.pdf (consulté le : 11.04.06)

MSH. *Using service data: tools for taking action* : http://erc.msh.org/TheManager/English/V13_N3/V13_N3_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

Indications générales

OMS. *Au-delà des nombres - Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse* : <http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/btn/index.htm> (consulté le : 10.10.07)



MSH. *Using national and local data to guide reproductive health programs* : http://erc.msh.org/TheManager/English/V6_N2/V6_N2_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

MSH. *Conducting local rapid assessments in districts and communities* : http://erc.msh.org/TheManager/English/V7_N1/V7_N1_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

MSH. *Local rapid assessment reference guide* : http://erc.msh.org/TheManager/English/V7_N1/V7_N1_En_Supp.pdf (consulté le : 11.04.06)

MSH. *Turning research into action : the decision-linked research approach* : http://erc.msh.org/TheManager/English/V8_N3/V8_N3_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

Outils et ressources de planification

Directives sur le cadre logique/matrice pour la planification de projets

BOND. *Logical framework analysis* : <http://www.bond.org.uk/pubs/guidance/logicalfa.pdf> (consulté le : 11.04.06)

AUSAID. <http://www.usaid.gov/ausguide/> (consulté le : 14.12.06)

CIDA. http://www.acdi-cida.gc.ca/cida_ind.nsf/49d9f10330ed2bb48525677e00735812/c36ebd571b6fa02985256c620066cd6f?OpenDocument (consulté le : 11.04.06)

FAO. <http://www.fao.org/Wairdocs/X5405F/x5405f0o.htm#annexe%2013%20%2020le%20cadre%20logique> (consulté le : 10.10.07)

ADB. http://www.adb.org/Documents/Guidelines/Logical_Framework/ (consulté le : 11.04.06)

Autres outils de planification

OMS. *The WHO strategic approach* : http://www.who.int/reproductive-health/strategic_approach/intro.en.html (consulté le : 11.04.06)

OMS. *A framework to assist countries in the development and strengthening of national and district health plans and programmes in reproductive health: suggestions for programme managers* : http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_02_2/index.html (consulté le : 11.04.06)

OMS. *Le dossier mère-enfant: Guide pour une maternité sans risque* : http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_94_11/abstract.fr.html (consulté le : 10.10.07)

OMS. *The mother-baby package: implementing safe motherhood in countries. Costing spreadsheet* : <http://www.who.int/reproductive-health/economics/download.en.html> (consulté le : 11.04.06)

IntraHealth. *Performance improvement : stages, steps, tools* : <http://www.intrahealth.org/sst/> (consulté le : 11.04.06)



Autres orientations sur la conception ou la gestion de programmes

OMS. *Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health* : http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_03_11/index.html (consulté le : 11.04.06)

OMS. *Advancing safe motherhood through human rights* : http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_5_advancing_safe_motherhood/index.html (consulté le : 11.04.06)

OMS. *Considerations for formulating reproductive health laws* : http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_00_1/index.html (consulté le : 11.04.06)

MSH. *Developing plans and proposals for new initiatives* : http://erc.msh.org/TheManager/English/V2_N4/V2_N4_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

Columbia University. *The design and evaluation of maternal mortality programs* : <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-09-tool10.html> (consulté le : 11.04.06)

JSI. *Guide to leveraging: how to mobilize and diversify resources for reproductive health* : http://www.seats.jsi.com/publications/leverag_guide.pdf (consulté le : 11.04.06)

MAQ. *Managing programs to maximize access and quality : lessons learnt from the field* : <http://www.maqweb.org/maqdoc/vol3.pdf> (consulté le : 11.04.06)

AdvanceAfrica. *Scaling up family planning and reproductive health programs* : http://www.advanceafrica.org/publications_and_presentations/Technical_briefs/TB_Scaling_Up.pdf (consulté le : 11.04.06)

Management Sciences for Health (MSH). Instructions sur la gestion :

Learning to think strategically : http://erc.msh.org/TheManager/English/V3_N1/V3_N1_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

Planning for sustainability : assessing the management capabilities of your organization : http://erc.msh.org/TheManager/English/V5_N4/V5_N4_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

Using evaluation as a management tool : http://erc.msh.org/TheManager/English/V6_N1/V6_N1_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

Managing for quality : <http://erc.msh.org/quality/> (consulté le : 11.04.06)

Mobilizing local resources to support health programs : http://erc.msh.org/TheManager/English/V11_N2/V11_N2_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

Using continuous quality improvement to strengthen family planning programs : http://erc.msh.org/TheManager/English/V2_N1/V2_N1_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

Scaling up HIV/AIDS programs: a manual for multisectoral planning : <http://www.msh.org/resources/publications/scalingup.html> (consulté le : 11.04.06)



Managing performance improvement of decentralized health services : http://erc.msh.org/TheManager/English/V13_N1/V13_N1_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

Coordinating complex health programs : http://erc.msh.org/TheManager/English/V12_N4/V12_N4_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

Leading changes in practices to improve health : http://erc.msh.org/TheManager/English/V13_N3/V13_N3_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

Bringing services to hard-to-reach populations : http://erc.msh.org/TheManager/English/V6_N4_En_Issue.pdf (consulté le : 11.04.06)

All MSH Management briefs : <http://erc.msh.org/TheManager/> (consulté le : 11.04.06)