

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION NATIONALE
DE LA SANTE

DIVISION SANTE DE LA
REPRODUCTION

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



Procédures en Santé de la Reproduction

COMPOSANTES D'APPUI :

**COMMUNICATION POUR LE
CHANGEMENT DE COMPORTEMENT**

&

**QUALITE DES SERVICES ET
PREVENTION DES INFECTIONS.**

Volume 1



Juin 2013

PREFACE

Le Mali à l'instar des autres pays de la communauté internationale, vise l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et particulièrement les OMD 4 et 5.

Pour ce faire, il est important de standardiser la prise en charge des cibles afin d'améliorer la qualité et la disponibilité des services de la Santé de la Reproduction (SR).

En effet, le Gouvernement du Mali à travers, le Ministère de la Santé a élaboré en 1987, les premiers documents de Politique, Normes et Procédures en matière de Santé Familiale. En 1995, après la tenue de la conférence internationale du Caire sur la population et le développement ainsi que celle de la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing, les documents ont été révisés pour les adapter au concept de la Santé de la Reproduction y compris la survie de l'enfant. Une autre révision a été faite en 1999 pour prendre en compte l'approche genre et la Santé de la Reproduction des Jeunes Adultes.

L'objectif final de la Santé de la Reproduction est de permettre à chacun de vivre une sexualité responsable et aussi une reproduction sans crainte conformément aux réalités socioculturelles du Mali. Cet état de fait requiert un changement d'attitude des prestataires, une meilleure coordination des interventions, une opérationnalisation efficace des activités en vue de l'amélioration de l'accès et de la qualité des services.

A ce titre, la Santé de la Reproduction est le reflet de la santé au cours de l'enfance et de l'adolescence. Elle est essentielle pendant la période d'activité génitale et conditionne également la santé des hommes et des femmes à un âge plus avancé.

Compte tenu de l'évolution technologique et dans le souci de prendre en compte les stratégies novatrices, la révision des documents de politiques, normes et procédures s'impose. En effet, l'élargissement du nombre des intervenants du fait d'un engagement politique plus fort et surtout l'évolution des connaissances justifient la révision périodique des politiques, normes et procédures en matière de Santé de la Reproduction dans le but de garantir la qualité des prestations offertes.

Par ailleurs en 2005, date de la dernière révision du plan stratégique, de nouvelles approches et stratégies ont été adoptées par le Mali et sont intégrées dans les présents documents.

Il s'agit entre autres de : la gestion de la troisième phase de l'accouchement, les soins après avortement, les soins obstétricaux d'urgence, les soins essentiels au nouveau-né.

Le Ministère de la Santé, garant de la qualité des offres de services, vient de réviser les politiques normes et procédures avec l'appui de ses partenaires, comme outil de référence pour l'ensemble des prestataires.

Par conséquent, ces documents dynamiques doivent être largement diffusés et utilisés par tous les prestataires et gestionnaires de programme à tous les niveaux d'une manière adéquate afin d'offrir des services de qualité à la population malienne.

LE MINISTRE

Soumana MAKADJI



REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé remercie les partenaires au développement :

- ❖ USAID
- ❖ OMS
- ❖ UNICEF
- ❖ UNFPA

pour leur appui technique, financier et matériel à l'élaboration et à l'utilisation des premiers documents de Normes et Procédures de SMI/PF ainsi qu'à la révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction au Mali.

Il remercie particulièrement PSI Mali pour son appui financier et technique à cette nouvelle révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction.

Il remercie l'Assistance Technique Nationale Plus (ATN Plus), Save the Children, Marie Stopes International (MSI), Family Care International (FCI) et Programme Keneya Ciwara II (PKC II) pour l'assistance technique lors de la présente révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction intégrant toutes les nouvelles approches et initiatives de la Santé de la Reproduction retenues par le Mali.

Il remercie aussi toutes les coopérations bilatérales et multilatérales, en particulier l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas pour son appui technique et financier ayant permis l'organisation de l'atelier de validation des PNP/SR révisées.

Les remerciements vont également à toutes les personnes ressources du secteur public et des ONG pour les efforts fournis lors des révisions des dits documents.

TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
ABREVIATIONS.....	V
INTRODUCTION	VI
GUIDE D'UTILISATION	IX
I. COMMUNICATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION	1
A. GENERALITES SUR LE CONCEPT DE LA COMMUNICATION.....	2
1. Définitions.....	2
2. Processus du changement de comportement.....	2
B. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE (CIP).....	3
1. Causerie éducative.....	3
2. Counseling.....	4
3. Visite à domicile.....	5
4. La négociation	6
C. LE PLAIDOYER.....	7
1. Définition.....	7
2. Étapes clefs d'une intervention de plaidoyer	7
D. MOBILISATION SOCIALE	8
1. Définition.....	8
2. Etapes de la mobilisation sociale	8
3. Evaluation.....	8
E. COMMUNICATION DE MASSE	9
1. Définition.....	9
2. Exemples.....	9
3. Evaluation.....	9
F. MARKETING SOCIAL	9
1. Définitions.....	9
2. Acteurs du marketing social	9
II. ASSURANCE QUALITE DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION.....	11
A. GENERALITES	12
1. Définitions.....	12
2. Composantes de la qualité	12
B. RESOLUTION DES PROBLEMES	18
1. Généralités	18
2. Analyse de la situation.....	18
3. Identification et formulation des problèmes	19
4. Analyse des problèmes	21
5. Détermination des stratégies et des activités	23
6. Elaboration d'un plan de résolution des problèmes.....	24
7. Mécanisme de résolution des problèmes en équipe	25
C. COORDINATION	28
1. Généralités sur la coordination.....	28
2. Coordination des services de SR	28
D. SUIVI & EVALUATION	29
1. Généralités	29
2. Suivi.....	29
3. Evaluation.....	30

E. LES INDICATEURS DE QUALITE.....	32
1. Définition.....	32
2. Les critères d'un bon indicateur (SMART).....	32
3. Composantes de la qualité	32
4. Quelques indicateurs de qualité en SR	32
III. PREVENTION DES INFECTIONS	36
A. IMPORTANCE DE LA PREVENTION DE L'INFECTION.....	37
B. DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES.....	37
C. TECHNIQUES DE LA PREVENTION DE L'INFECTION	37
ANNEXES	47
A. FICHES TECHNIQUES COMMUNICATION	48
FICHE TECHNIQUE N° 1 : QUALITES D'UN BON ANIMATEUR	48
FICHE TECHNIQUE N° 2 : ROLES D'UN(E) BON(NE) ANIMATEUR(TRICE)	49
B. FICHES TECHNIQUES ASSURANCE QUALITE	50
FICHE TECHNIQUE N° 3 : SUPERVISION DU PERSONNEL	50
FICHE TECHNIQUE N° 4 : DROITS DU CLIENT	52
FICHE TECHNIQUE N° 5 : REORGANISATION DES SERVICES DE SR	54
FICHE TECHNIQUE N° 6 : FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR).....	56
FICHE TECHNIQUE N° 7 : LE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE	57
FICHE TECHNIQUE N° 8 : ACCREDITATION	59
C. FICHES TECHNIQUES PREVENTION DES INFECTIONS	61
FICHE TECHNIQUE N° 9 : POUR LE LAVAGE SIMPLE DES MAINS	61
FICHE TECHNIQUE N° 10 : SUR LE LAVAGE CHIRURGICAL	62
FICHE TECHNIQUE N° 11 : TRAITEMENT DES INSTRUMENTS ET AUTRES ARTICLES	64
FICHE TECHNIQUE N° 12 : DE LA SUPERVISION FACILITANTE	65
FICHE TECHNIQUE N° 13 : AUDIT DES DECES MATERNELS ET NEONATALS	67
FICHE TECHNIQUE N° 14 : DECONTAMINATION DU MATERIEL AVEC LES COMPRIMES CHLORES EFFERVESCENTS « BIOSTOP »	68
FICHE TECHNIQUE N° 15 : NETTOYAGE (INSTRUMENTS).....	69
FICHE TECHNIQUE N° 16 : Désinfection à haut niveau	70
FICHE TECHNIQUE N° 17 : STERILISATION	71
FICHE TECHNIQUE N° 18 : ELIMINATION DES DECHETS.....	72
FICHE TECHNIQUE N° 19 : POUR LA DESINFECTION ET LA DECONTAMINATION AVEC L'EAU DE JAVEL.....	73
FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION.....	74
LISTE DES PARTICIPANTS.....	78
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	81

ABREVIATIONS

CCC	Communication pour le changement de comportement.
CCSC	Communication pour le changement social et de comportement.
CCV	Contraception chirurgicale volontaire.
Cf.	Conférer.
CIP	Communication interpersonnelle.
CNIECS	Centre national d'information, d'éducation et de communication en santé.
CSCOM	Centre de santé communautaire.
CSREF	Centre de santé de référence.
DHN	Désinfection à haut niveau.
DNS	Direction nationale de la santé.
EDSM - III	Enquête démographique et de santé du Mali - Troisième Edition.
ISO	International organisation for standardisation.
IST	Infections sexuellement transmissibles.
OMS	Organisation mondiale de la santé.
ONG	Organisation non gouvernementale.
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.
PI	Prévention des infections.
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise.
SMI/PF	Santé maternelle et infantile/Planification familiale.
SR	Santé de la reproduction.
SRAJ	Santé reproductive des adolescents et des jeunes.
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les activités de population.
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance.
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international.
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine.

INTRODUCTION

Au Mali, la situation sanitaire et sociale est caractérisée par des niveaux de II en est résulté des implications et conséquences très lourdes pour les femmes, les adolescents et jeunes et les enfants à cause de leur vulnérabilité et de l'insuffisance des mesures concrètes prises à leur endroit.

Selon, EDSM IV–2006, le taux de mortalité maternelle est de 464 pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile est de 96 pour 1 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale est de 46 pour 1 000 naissances vivantes.

Le taux de séroprévalence du VIH est de 1,3% dans la population générale. De façon générale, les femmes sont plus touchées que les hommes. La tranche d'âge la plus touchée est de 25 à 40 ans. Le taux de séroprévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans est de 1,4%. En 2011, le taux de prévalence chez les femmes enceintes vues en CPN au niveau des sites PTME est de 2,24%.(rapport DNS/CSLS/MS). La couverture sanitaire est à 85% dans un rayon de 15 km (annuaire du système local d'information sanitaire 2012).

Cet état de fait est lié essentiellement à :

- ⌚ L'insuffisance de couverture en infrastructures socio-sanitaires, dotées de moyens adéquats ;
- ⌚ La faible accessibilité aux services de santé de qualité ;
- ⌚ L'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels y compris les contraceptifs ;
- ⌚ L'inadéquation de la gestion des ressources humaines et son insuffisance à couvrir les besoins ;
- ⌚ Des pratiques socioculturelles et des comportements néfastes à la santé des groupes vulnérables.

Aussi pour améliorer la situation sanitaire et sociale, le Ministère de la Santé tenant compte des importants acquis de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population procédera désormais à une approche globale du développement sanitaire et social dite approche programme dans le cadre de son nouveau plan décennal de développement sanitaire et social 2012-2023.

Dans le souci de fournir des prestations de qualité correspondant aux besoins prioritaires des populations, les documents de Politique, Normes et Procédures en santé de la reproduction ont été révisés et doivent servir de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants.

Ils doivent servir également de guide opérationnel au personnel socio-sanitaire dans l'offre du paquet minimum d'activités. Ils comprennent essentiellement deux parties :

- Politique et les Normes des services
- Les procédures

La Politique et les Normes des Services

La politique définit les missions de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité.

Les normes précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables de performance et les qualifications requises exigées pour chaque service offert.

Les documents de Politique et Normes sont destinés principalement aux décideurs, aux gestionnaires de services, aux superviseurs, aux responsables des ONG et associations intervenant dans le secteur public, para public, communautaire et privé pour leur permettre de mieux définir et organiser leurs interventions en matière de Santé de la Reproduction à différents niveaux.

Les Procédures :

Elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.

Le but principal des procédures est d'aider les prestataires à offrir des services de qualité. Elles doivent alors être largement diffusées et constamment utilisées pour résoudre les problèmes de santé de la reproduction.

Les documents de procédures sont destinés à **tous les prestataires** des services de Santé de la Reproduction (relais, ASC, matrones, infirmiers, sages femmes, techniciens d'hygiène, techniciens de laboratoire, techniciens et administrateurs sociaux, ingénieurs sanitaires et médecins). Ils seront également utilisés par les **formateurs**, les **superviseurs**, et ceux qui sont chargés de gérer et d'évaluer les programmes de santé de la reproduction.

Ces documents intègrent les éléments de la Santé de la Reproduction traduisant ainsi le souci de promouvoir la santé de la femme, de l'enfant, la santé des jeunes adultes et les droits en matière de Santé de la Reproduction, notamment à travers les approches innovatrices.

Les procédures doivent être régulièrement «adaptées et mises à jour» afin qu'elles soient toujours utiles. Ces procédures sont élaborées pour préciser les activités, les tâches logiques et chronologiques requises pour l'exécution des services de santé de la reproduction à chaque niveau de la pyramide sanitaire en tenant compte des droits des clients.

Pour s'assurer que les procédures seront utilisées de manière efficace et pour faciliter leur accès aux prestataires, elles ont été élaborées en cinq (5) volumes selon les composantes des activités menées en SR :

- **VOLUME 1 : Composantes d'appui.**
 - Communication pour le changement de comportement ;
 - Qualité des services et Prévention des infections.

- **VOLUME 2 : Composantes communes.**
 - Planification familiale ;
 - IST/VIH et SIDA/PTME ;
 - Genre et santé ;
 - Pathologies génitales et dysfonctionnements sexuels chez les femmes.
- **VOLUME 3 : Volet Grossesse et prise en charge.**
 - Soins prénatals ;
 - Soins pernatals ;
 - Soins postnatals.
- **VOLUME 4 : Volet santé de l'enfant.**
 - Soins préventifs ;
 - Soins curatifs : PCIME.
- **VOLUME 5 : Volet santé des jeunes et santé de l'homme.**
 - Santé des adolescents et des jeunes (SAJ) ;
 - Santé sexuelle de l'homme.

Dans ce volume ont été intégrées de nouvelles approches et initiatives, notamment les informations sur :

- ✓ Les éléments de la CCC /CCSC ;
- ✓ L'assurance qualité ;
- ✓ Le contrôle de qualité et le travail en équipe ;
- ✓ La prévention des infections ;
- ✓ L'audit des décès maternels.

GUIDE D'UTILISATION

Ces **procédures** indiquent les étapes et les gestes cliniques nécessaires à suivre pour l'offre des services de qualité en matière de santé de la reproduction au Mali. Elles découlent de la politique et des normes des services définies par le Ministère de la Santé.

Chaque volume comprend :

- Une introduction ;
- Un guide d'utilisation ;
- Les procédures de santé de la reproduction et ses différentes sections ;
- Les annexes ;
- Un glossaire.

Les différentes parties des procédures sont rédigées sous forme de :

- **Succession de gestes logiques à suivre** par le prestataire de service dans la prise en charge des patients ;
- **Description de la prise en charge** des pathologies ou complications par niveau ;
- **Fiches techniques** ;
- **Algorithmes**.

L'application de ces procédures doit tenir compte du niveau de compétence du prestataire et du niveau de la structure socio sanitaire où celui-ci exerce.

La prise en charge des pathologies et de leurs complications est décrite par niveau de structure.

Certaines parties de ces procédures sont élaborées sous forme d'algorithmes ou d'arbres de décision ou encore d'ordinogrammes.

L'algorithme est la représentation graphique d'un raisonnement systématique, étape par étape, à partir d'un problème donné, jusqu'à l'aboutissement à une ou plusieurs solutions et ce, dans le but de standardiser le diagnostic et le traitement des patients pour toutes sortes d'affections.

Le principe des algorithmes est fonctionnel surtout lorsque les problèmes abordés sont simples ou lorsque les moyens d'action sont limités par manque de ressources : manque de temps, manque d'infrastructure ou de compétences.

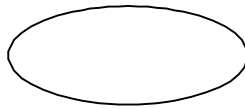
A chaque étape, un éventail d'options est proposé et les niveaux de décision sont identifiés.

Les algorithmes ont été conçus pour être clairs, faciles à comprendre et faciles à utiliser. C'est pourquoi ils se composent de figures géométriques.

Ces figures géométriques varient selon qu'elles représentent un problème clinique identifié, des signes et symptômes, une prise de décision ou une action à adopter.

Chaque algorithme fonctionne selon les étapes suivantes :

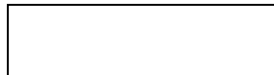
- L'**identification du problème clinique** représentée par une ellipse.



- La **recherche des signes et/ou symptômes qui se manifestent chez le patient**, représentés par un prisme.



- La **prise de décision et l'adoption d'une action thérapeutique**, représentées par un rectangle.



N.B : Les algorithmes doivent être lus de haut en bas et généralement de gauche à droite.

L'utilisateur devra lire attentivement ces procédures afin de se familiariser avec les différents gestes et procédés cliniques qui y sont décrits. Ces documents permettront aux prestataires, aux formateurs, aux superviseurs d'harmoniser leurs prestations et d'améliorer la qualité des services.

Les procédures seront mises à jour périodiquement, afin que les étapes et gestes décrits soient toujours valides. Les utilisateurs devront signaler aux superviseurs et aux autorités médicales régionales et nationales les procédés à réviser.

I. COMMUNICATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

A. GENERALITES SUR LE CONCEPT DE LA COMMUNICATION

1. Définitions

➤ **La communication :**

Est un processus qui consiste à échanger des idées ou des informations avec soi-même ou avec une ou plusieurs personnes. C'est une discipline transversale à tous les programmes et projets de développement.

➤ **La communication pour le changement de comportement (CCC) :**

C'est un processus qui consiste à échanger des idées ou des informations avec soi-même ou avec une ou plusieurs personnes, afin d'apporter le savoir, le savoir-faire et le savoir être nécessaires pour un changement de comportement.

C'est un ensemble d'interventions orientées vers des groupes préalablement ciblés pour obtenir et/ou renforcer un comportement favorable devant contribuer à résoudre un ou des problèmes.

La **CCC** ne se limite pas à l'échange d'informations, d'idées de sentiments, mais vise à faire adopter par la population-cible, un nouveau comportement qui contribuera à améliorer sa condition de vie, sa santé, (comportement souhaité) par le renforcement des connaissances, l'amélioration des attitudes et le changement positif des pratiques individuelles et collectives.

La **CCC** est la diffusion de messages, mais les cibles sont impliquées dans la conception des stratégies et des activités de communication.

On peut utiliser un ou plusieurs types de communication pour atteindre un objectif de communication pour le changement de comportement aussi bien individuel que collectif.

La Communication pour le changement social et de comportement (**CCSC**) cherche à comprendre et faire évoluer les normes socioculturelles qui influencent les personnes et les communautés.

2. Processus du changement de comportement

Le changement de comportement est un processus long. Chaque individu a son rythme qui lui est propre pour adopter un comportement donné.

Pour adopter un comportement précis, l'individu passe par les étapes suivantes :

Etape 1 : Connaissance

- Se souvient de tel ou tel message.
- Comprend ce que signifient les messages.
- Peut nommer des produits, des méthodes ou d'autres pratiques et/ou des ressources, des services.

Etape 2 : Approbation

- Réagit favorablement aux messages.
- Parle des messages et du sujet avec des personnes de son entourage (famille, amis).
- Approuve la pratique.
- Incite la famille, les amis et la communauté à approuver la pratique.

Etape 3 : Intention

- Se rend compte que certaines pratiques de la santé peuvent répondre à un besoin personnel.
- A l'intention de consulter un prestataire.
- A l'intention d'adopter une pratique sanitaire à un moment donné.

Etape 4 : Pratique

- S'adresse à un prestataire d'information/produits/services.
- Choisit une méthode ou une pratique et commence à s'en servir.
- Continue de s'en servir.

Etape 5 : Plaidoyer

- Pratique la méthode et en reconnaît les avantages.
- Conseille la pratique à d'autres.
- Soutient des programmes dans la communauté.

B. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE (CIP)

Les techniques de CIP couramment utilisées en SR sont la causerie éducative, le counseling et la visite à domicile.

1. Causerie éducative**1.1. Définition**

La causerie éducative est une technique d'animation de groupe qui consiste en un entretien entre un animateur et un groupe de personnes en vue d'apporter des messages précis à ce groupe pour un changement ou renforcement de comportement.

Elle vise toujours un changement de comportement. Dans une séance de causerie, l'animateur utilise souvent des supports visuels ou audiovisuels.

1.2. Etapes**a. Phase préparatoire**

- Prendre rendez-vous en accord avec la population cible ;
- Informer les autorités locales ;
- Repérer un lieu : espace suffisant, bien aéré calme, loin des distractions ;
- S'assurer de la disponibilité du lieu ;
- Planifier des heures convenables ;
- Choisir un thème simple et unique en fonction des besoins du groupe cible et des priorités sanitaires du moment ;
- Formuler les objectifs de la causerie ;
- Se documenter sur le thème choisi ;
- Ecrire le contenu de la causerie en choisissant des mots simples (fiches techniques) ;
- Ecrire un résumé succinct de l'exposé ;
- Préparer la traduction des mots clés en langue locale ;
- Préparer tout le matériel nécessaire à l'avance (fiches techniques, affiches, dépliants, échantillons, appareils...) ;
- Vérifier la fonctionnalité de tous les matériels ;
- Préparer le lieu pour la séance de causerie.

b. Phase d'exécution

- Accueillir et installer l'auditoire ;
- Saluer l'assistance ;
- Se présenter ;
- Mettre l'auditoire à l'aise ;
- Annoncer le thème du jour ;
- Annoncer les objectifs de la causerie ;
- Evaluer les connaissances de l'auditoire sur le sujet, en posant des questions simples ;
- Développer le thème à voix assez haute sans parler de trop de choses à la fois selon la méthodologie choisie ;
- Soutenir les informations par les supports audio-visuels ;
- Inviter le groupe à poser des questions sur le sujet ;
- Evaluer la causerie à partir des objectifs fixés ;
- Faire le résumé de la causerie.

c. Phase de clôture

- Remercier l'auditoire ;
- Fixer le prochain rendez-vous ;
- Négocier ou annoncer le prochain thème et le lieu ;
- Compter le nombre de participants ;
- Remplir les supports de causerie ;
- Ranger le matériel.

N.B :

- **Les mêmes étapes sont valables pour toutes les composantes de la santé de la reproduction.**
- **Une séance de causerie ne doit pas dépasser 20 minutes.**
- **Ne pas s'engager à traiter plusieurs thèmes à la fois.**
- **Le nombre de participants ne devrait pas dépasser 15 personnes.**

2. Counseling**2.1. Définition**

C'est un processus au cours duquel une personne aide une autre à identifier et à choisir une solution à son problème.

Le counseling est un entretien conseil, un tête-à-tête qui a lieu dans un endroit calme et discret.

2.2. Etapes**a. Souhaiter la bienvenue**

- Accueillir chaleureusement le ou la client(e) :
 - Saluer le ou la client(e) ;
 - Offrir un siège au ou à la client(e) ;
 - Se présenter et demander le nom du ou de la client(e) ;
 - Mettre le (la) client(e) en confiance et à l'aise ;
 - Demander ce que vous pouvez faire pour lui (elle) ;
 - Assurer la confidentialité ;
 - Rassurer le (la) client(e) que l'entretien sera privé et confidentiel.

b. S'entretenir avec le (la) client(e)

- Montrer sa disponibilité par une écoute attentive ;
- Laisser le ou la cliente exprimer entièrement son problème ;
- Demander des informations si nécessaires ;
- Poser des questions pouvant aider le (la) client(e) à se rappeler de certaines informations qu'il (elle) avait oubliées ;
- Faire un résumé de l'ensemble des informations données.

c. Présenter les alternatives de solutions possibles (Les solutions sont en rapport avec le problème posé) :

- Proposer les solutions possibles ;
- Discuter avec le (la) client(e) des avantages et des limites des solutions possibles.

d. Aider le (la) client(e) à prendre une décision

- Explorer avec le (la) client(e) les conséquences de sa décision.

e. Donner un rendez-vous

- Donner le rendez-vous au (à la) client(e) selon son cas.

N.B :

Les étapes du counseling sont identiques pour les autres composantes de la santé de la reproduction sauf pour la planification familiale, les IST/VIH/SIDA/PTME et la SAJ (se référer aux chapitres de ces différentes composantes).

3. Visite à domicile**3.1. Définition**

La visite à domicile est une activité de la communication interpersonnelle qui consiste à rendre visite à un homme et/ou à une femme à domicile en vue de résoudre un problème précis ou prodiguer des conseils. Ceci pour :

- Bien comprendre les situations qui sont à l'origine des problèmes de la personne ou des personnes visitées.
- Partager avec les personnes tout ce qu'elles doivent connaître.
- S'assurer que les personnes ont compris les conseils et peuvent les mettre en pratique.

Pour ce faire, le prestataire organise de temps en temps, des visites à domicile pour aider les gens à résoudre leurs problèmes de santé, discuter avec eux et surtout encourager les clients qui sont soit sous méthodes contraceptives, perdus de vue ou suivis pour d'autres raisons.

3.2. Etapes de la visite à domicile**a. Préparer la visite à domicile**

- Identifier la personne ou la famille ;

- Etablir le but ;
- Réfléchir à la question ;
- Revoir ses connaissances en fonction du but de la visite à domicile (se documenter) ;
- Choisir et préparer le matériel qui pourrait être utilisé lors de la visite à domicile (cahiers, affiches, brochures, dépliants, contraceptifs, etc.) ;
- Consulter si possible le dossier familial des clients pour aider à fixer avec plus de précision les buts de la visite à domicile et aborder les problèmes par ordre de priorité ;
- Avertir la famille ou la personne.

b. Exécuter la visite à domicile

- Procéder aux salutations d'usage ;
- Se présenter si nécessaire ;
- Echanger des propos sur un sujet autre que celui qui motive la visite pour mettre l'interlocuteur en confiance ;
- Introduire le sujet de la visite ;
- Poser le problème avec calme ;
- Ecouter attentivement l'interlocuteur sans répondre lors de son intervention ;
- Eviter d'écrire si possible ;
- Poser des questions de clarification ;
- Prodiguer des conseils sans se substituer aux clients ;
- Montrer les aides visuelles si nécessaire ;
- Référer au centre de santé les cas qui le nécessitent.

c. Clôturer la visite à domicile

- Fixer le prochain rendez-vous ;
- Remercier et prendre congé ;
- Au retour, tenir à jour les supports et faire une auto évaluation.

4. La négociation

4.1. Définition

La négociation permet d'inciter la prise de conscience, la motivation et l'adoption de changements de comportements. Elle vise plutôt les leaders d'opinion et les représentants de réseaux communautaires qui ont une grande influence sur leur entourage. Il s'agit de négocier avec eux/elles pour les convaincre d'être les avocats des changements à adopter au sein de la communauté.

4.2. Comment conduire une négociation ?

a. Avant la négociation

- Identifier les leaders à qui l'on souhaite s'adresser
- Chercher à connaître la personnalité du leader
- Avertir l'intéressé/e et convenir d'un rendez-vous à son domicile ou à un lieu de son choix
- Rassembler les supports de communication et revoir les arguments par rapport au sujet à discuter ou au problème à gérer

b. Pendant la négociation

- Faire les salutations d'usage
- Ecouter attentivement son/ses interlocuteurs et interlocutrices
- Féliciter les leaders des efforts fournis jusque-là pour leur communauté
- Donner les arguments en faveur de la communauté (sur le sujet ou sur le problème)
- Echanger et convenir d'une solution appropriée pour la famille et/ou la collectivité (si problème)
- Rassurer le/les interlocuteurs de sa disponibilité (il faudra revenir voir le leader).
- Remercier
- Remplir les supports

c. Après la négociation

- Suivre l'évolution du sujet discuté ou du problème avec le/les leaders
- Retourner le/les voir après avoir pris rendez-vous.

4.3. Ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire pendant la négociation

Ce qu'il ne faut pas faire - Exemples	Ce qu'il faut faire - Exemples
• S'adresser aux leaders communautaires sans connaître et respecter les coutumes. • Ne pas respecter l'autorité des leaders coutumiers et traditionnels.	• Connaître les coutumes en ce qui concerne la prise de parole. • Montrer du respect aux autorités coutumières et administratives.

N.B : Tous les conseils donnés pour la technique de communication interpersonnelle, conseils à domicile s'appliquent à la négociation.

C. LE PLAIDOYER**1. Définition**

Le plaidoyer consiste à l'utilisation d'un modèle élaboré sur la base de données nationale afin de convaincre les décideurs politico administratifs, les leaders d'opinion, les leaders religieux et les professionnels de la communication à tous les niveaux.

2. Étapes clefs d'une intervention de plaidoyer

Etape 1 : Identifier clairement les aspects du problème qui nécessitent des interventions de type plaidoyer et les appuyer par des données de recherche.

Etape 2 : Identifier les solutions possibles du point de vue plaidoyer et les étayer par des données fiables.

Etape 3 : Identifier les décideurs qui peuvent contribuer à résoudre le problème.

Etape 4 : Identifier les actions concrètes que ces décideurs doivent faire.

Etape 5 : Choisir les stratégies et interventions, les canaux les plus appropriés, les mécanismes de suivi et d'évaluation à mettre en place.

Etape 6 : Elaborer vos messages et former vos champions.

Etape 7 : Identifier les réseaux, partenariats ou des groupes professionnels qui pourront appuyer votre intervention de plaidoyer.

Etape 8 : Mettre en œuvre (exécuter).

Etape 9 : Suivre et évaluer.

D. MOBILISATION SOCIALE

1. Définition

La mobilisation sociale consiste à l'organisation de séries d'activités de communication autour d'un thème prioritaire pendant une période donnée afin d'emmener les communautés à adopter des attitudes positives en faveur dudit thème.

2. Etapes de la mobilisation sociale

- Etape 1 : Identification du thème.
- Etape 2 : Identification de la période.
- Etape 3 : Identification et information des acteurs.
- Etape 4 : Identification des activités.
- Etape 5 : Mobilisation des ressources.
- Etape 6 : Organisation des activités.

3. Evaluation

- Evaluation du processus.
- Evaluation du résultat des différentes activités.
- Appréciation de quelques changements de comportement positifs.
- Elaboration de rapport.
- Restitution des résultats.

E. COMMUNICATION DE MASSE

1. Définition

La communication de masse est un échange d'informations avec un grand public, à une très large échelle, par l'intermédiaire des mass médias qui peuvent atteindre des populations très éloignées .

2. Exemples

- Conférence-débat à la radio et/ou à la télé.
- Articles dans les journaux.
- Conférence call (téléphone).
- Conférence virtuelle (internet, écran géant).
- Film éducatif, sketch, chants etc. ...

3. Evaluation

- Evaluation du processus.
- Appréciation de quelques contributions positives.
- Evaluation du résultat des différentes activités.
- Elaboration de rapport.

F. MARKETING SOCIAL

1. Définitions

- Le marketing est une communication interpersonnelle qui regroupe quatre (4) éléments essentiels communément appelés les quatre **P** (**P**roduit, **P**rix, **P**lace, **P**romotion). Il est unilatéral et s'effectue par l'intermédiaire de médias ou supports d'une marque, d'un produit, d'un service ou d'une firme identifiée.
- Marketing social : « Le marketing social est la conception, la mise en œuvre et le contrôle de programmes conçus pour promouvoir une idée ou une pratique sociale auprès d'un groupe cible » (Philip Kotler).

Le marketing social est utilisé dans le domaine de la santé pour la promotion des produits et services.

2. Acteurs du marketing social

Le marketing social se fait à l'aide de promoteurs et de vendeurs qui doivent adopter des attitudes/comportements pour la promotion des produits et services en matière de santé.

2.1. Promoteurs

- Saluer le vendeur avec cordialité.
- Se présenter.
- Exposer les produits.
- Informer sur le prix des produits.
- Expliquer les conditions de stockage.
- Expliquer les modes d'utilisation.
- Inciter le vendeur à constituer un stock.
- S'assurer que le vendeur a bien compris les explications.
- Vendre les produits.
- Relever le lieu d'exercice du vendeur.
- Donner des gadgets relatifs au produit (affiches, tee-shirt, casquette,).
- Expliquer au vendeur d'exposer les produits de Façon à être visible.
- Remplir la fiche de visite et le rapport journalier.
- Fixer la date de la prochaine visite.
- Remettre les fiches et rapport de visite au superviseur.

2.2. Vendeurs/détaillants

- Exposer et ranger les produits de façon visible.
- Echanger les salutations avec les clients.
- Demander l'objet de la visite ou interpréter les gestes des clients.
- Expliquer les modes d'utilisation des produits et services.
- Expliquer les conditions de conservation et de stockage des produits.
- Vendre le produit.
- Rassurer le (la) client(e) de la disponibilité constante des produits et services.
- Remercier le (la) client(e).

N.B : La CCC est une activité transversale pour toutes les composantes de la santé de la reproduction.

Les activités de CCC requièrent des qualités d'un bon animateur (Cf. Fiche technique n° 1) et un respect des rôles (Cf. Fiche technique n° 2).

II. ASSURANCE QUALITE DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

A. GENERALITES

1. Définitions

Selon l'OMS, « donner des services de qualité, c'est délivrer au patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assure le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel des connaissances de la science médicale, au meilleur cout pour un même résultat au moindre risque iatrogène et sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultat, de contacts humains à l'intérieur du système ».

Selon Donabedian « La qualité signifie de bons soins techniques, avec de bonnes relations interpersonnelles, et des locaux adéquats et confortables ».

Quant à l'assurance qualité, elle est l'ensemble des actions menées pour que la qualité atteigne le niveau visé ou s'en rapproche raisonnablement.

L'amélioration continue de la qualité vise à :

- Accroître l'utilisation des soins et services ;
- Augmenter l'application des normes par le biais de la résolution constante des problèmes et l'amélioration continue des processus à travers la mise en place des équipes de qualité incluant le personnel et les bénéficiaires.

Si l'objectif premier reste la satisfaction des clients, ce type de démarche vise aussi à introduire un changement dans l'organisation en intégrant la dynamique de l'amélioration à tous les niveaux de la structure.

2. Composantes de la qualité

Les composantes de la qualité ci-dessous citées s'appliquent à tous les niveaux du système de santé :

- Compétence technique ;
- Accès aux soins et services ;
- Relations interpersonnelles ;
- Efficacité ;
- Efficience ;
- Sécurité/ innocuité/ prévention des infections ;
- Continuité des soins et services ;
- Environnement/Agréments ;
- Satisfaction des clients ;
- Gestion de la qualité ;
- Cogestion/Participation communautaire.

Le tableau ci-dessous développe le contenu de chaque composante :

COMPOSANTES DE LA QUALITE	CONTENU DES COMPOSANTES
1. Compétence technique	❖ Existence de Plateau technique suffisant, fonctionnel et adéquat par rapport aux services offerts : • Disponibilité de matériel technique et équipement. • Existence/disponibilité d'un service de maintenance fonctionnel pour les équipements. • Existence d'un plan de maintenance préventive. ❖ Disponibilité en médicaments et consommables : • Disponibilité de consommables et médicaments essentiels. • Ruptures de stocks minimisées, • Outils de gestion des médicaments tenus à jour. ❖ Existence de personnel qualifié pour les services offerts : • Personnel suffisant, • Personnel formé sur le paquet minimum d'activité par niveau, • Plan de formation continue du personnel, • Tenue régulière de réunion technique de staff, • Supervisions régulières (interne et externe), Cf. Fiche technique n° 3, • Existence/Disponibilité de documentation de référence. ❖ Soutien et contrôle des prestations : • Disponibilité de politique, normes et protocoles des services, • Utilisation des protocoles des services, • Conformité des pratiques aux normes. ❖ Motivation du personnel : • Participation du personnel aux prises de décision, • Responsabilisation du personnel, • Satisfaction du personnel sur les conditions matérielles de travail, • Formations continues, • Existence de description de poste, • Répartition des tâches, • Paiement des salaires, primes et indemnités aux travailleurs, • Valorisation du personnel.

COMPOSANTES DE LA QUALITE	CONTENU DES COMPOSANTES
2. Accès aux services	❖ Accessibilité géographique - Distance – Temps – Moyens de transport utilisés. ❖ Utilisation des services : • Game varié de services/choix, • Disponibilité du personnel, • Système de référence contre référence fonctionnel, • Intégration des services (circuit du client au sein des services) • Accès temporel et organisationnel des services (permanence du service, temps d'attente réduit, système de RDV, ...), • Durée de séjour d'hospitalisation adéquate, • Existence de mécanisme de prise en charge rapide des urgences. ❖ Accessibilité financière : • Coût abordable des prestations, • Respect des tarifs en vigueur, • Prise en charge des indigents, • Prise en charge des groupes vulnérables, • Participation à la promotion du système mutualiste.
3. Relations interpersonnelles	• Capacités de communication interpersonnelle, • Relation entre personnel/esprit d'équipe, • Relations prestataires clients/valorisation du client, • Orientation du client, • Respect de l'ordre d'arrivée, • Respect des droits des clients (Cf. Fiche technique n° 4) : ○ Information, ○ Choix, ○ Confidentialité, ○ Intimité, ○ Opinion.
4. Efficacité	• Disponibilité des services, • Réorganisation des services de santé (Cf. Fiche technique n° 5). • Utilisation des protocoles de services/ordinogrammes, • Financement basé sur le résultat (Cf. Fiche technique n° 6). • Partenariat public/privé (Cf. Fiche technique n° 7). • Partenariat communauté/prestataires ; • Accréditation des établissements de santé (Cf. Fiche technique n° 8).

COMPOSANTES DE LA QUALITE	CONTENU DES COMPOSANTES
5. Efficience	• Intégration des services (offre d'un paquet de service en un seul passage) ; • Tarifs abordables et affichés ; • Coût des médicaments et autres produits de l'établissement de santé par rapport aux officines extérieures ; • Conformité des prescriptions par rapport aux ordinogrammes ; • Non utilisation de procédures inutiles ou coûteuses pour le client.
6. Sécurité/ Innocuité/ Prévention des infections (Cf. Document de gestion des déchets biomédicaux).	• Sécurité des pratiques médicales ; • Respect des mesures de prévention des infections ; ○ Lavage simple des mains, Cf. Fiche technique n° 9 ; ○ Lavage chirurgical des mains Cf. Fiche technique n° 10 ; ○ Lavage des zones d'intervention ; ○ Utilisation des barrières physiques ; ○ Traitement du matériel, Cf. Fiche technique n° 11. • Élimination des déchets hospitaliers, Cf. Fiche technique n° 12) ; • Existence d'un incinérateur fonctionnel ; • Propreté des salles ; • Existence d'eau potable ; • Existence de toilettes bien entretenues et propres ; • Existence de poubelles code couleur (rouge, jaune et noire) bien entretenues et propres.
7. Continuité	• Assurance d'un bon accueil ; • Disponibilité de personnel (calendrier annuel des congés, calendrier de garde et permanence) ; • Disponibilité temporaire des services (calendrier hebdomadaire des activités) ; • Système de référence contre référence fonctionnel ; • Recherche active des perdus de vue • Respect de visites de rendez vous.
8. Environnement/ Agréments	• Hygiène et salubrité (journée de salubrité hebdomadaire) ; • Horaires des services (heures d'ouverture et de fermeture des services) ; • Tenue vestimentaire correcte • Comportement et attitudes exemplaires des prestataires ; • Attentes agrémentées : Salle d'attente, audio-visuel, siège confortable, toilette et fontaine.

COMPOSANTES DE LA QUALITE	CONTENU DES COMPOSANTES
9. Satisfaction des clients	❖ Satisfaction et confiance des clients : • Information des clients sur les prestations et les tarifs ; • Respect des droits des clients Gestion des plaintes des clients ; • Existence d'un mécanisme régulier de mesure de la satisfaction/point de vue des clients (boite à suggestions par exemple) ; • Valorisation/Prise en compte de l'opinion des clients ; • Tarification affichée ; • Orientation des clients ; • Respect ordre d'arrivée.
10. Gestion de la qualité	❖ Fonctionnalité d'équipes d'amélioration de la qualité des services (EAQS) : • Existence d'EAQS ; • Composition/Implication des bénéficiaires ; • Organisation de réunions ; • Mécanismes de prises de décisions ; • Implication/soutien de la hiérarchie ; • Utilisation des outils de gestion de l'assurance qualité. ❖ Amélioration continue/Résolution des problèmes : • Planification des activités ; • Mises en œuvre et suivi des plans et recommandations ; • Monitorages réguliers/mécanisme d'auto-évaluation des performances ; • Supervisions facilitantes (interne et externe), Cf. Fiche technique n° 13. • Gestion des contaminations accidentelles,) ; • Suivi des patients.

COMPOSANTES DE LA QUALITE	CONTENU DES COMPOSANTES
11. Cogestion/ Participation communautaire	❖ Fonctionnalité des Organes de gestion (COGECS) : • Existence des organes de gestion, • Gestion des plaintes des patients. • Organisation de réunions des organes de gestion, • Mise en œuvre des décisions des organes, • Disponibilité des outils de gestion des organes, • Participation des organes à la synthèse du Monitoring, • Suivi des recommandations, ❖ Mécanisme d'échanges et d'implication de la communauté : • Sensibilisation des leaders d'opinions, • Suivi à base communautaire des activités, • Concertation périodique avec les autres partenaires communautaires : ONG, Associations.... • Mises en application des résolutions des concertations. ❖ Gestion financière et comptable : • Existence de procédures de gestion, • Respect des procédures de gestion, • Informatisation du système de gestion.

B. RESOLUTION DES PROBLEMES

1. Généralités

Pour pouvoir contribuer efficacement à la résolution des problèmes et à l'amélioration de la qualité des services, il faut mettre en place une équipe et faire participer chaque fois que possible chaque membre de l'équipe à toutes les étapes du processus. Chaque membre de l'équipe doit donc connaître le processus de résolution des problèmes.

Ce chapitre passe en revue les étapes de ce processus et met l'accent sur comment aboutir à la résolution des problèmes en équipe.

Définition de la notion de problème

On considère comme problème, toute situation d'insatisfaction représentant un écart entre une situation vécue, réelle et une situation souhaitée ou idéale. Un problème a toujours une solution.

2. Analyse de la situation

Une analyse de la situation permet de répondre à la question fondamentale :
« **Comment se présente la situation actuellement vécue ?** ».

Elle a pour but d'identifier les problèmes prioritaires à partir du processus de résolution des problèmes et des critères de sélection.

2.1. Les étapes

a. Choisir les indicateurs qui permettent de décrire le mieux l'état de santé d'une population donnée :

- Récapituler les sources d'informations ;
- Sélectionner les techniques et les instruments de mesure ;
- Confectionner un instrument de collecte de données adapté aux indicateurs et aux informations à recueillir ;
- Procéder au test d'un instrument de collecte de données sur l'état de santé d'une communauté.

b. Recueillir les données par :

- Dépouillement des registres de consultation du centre ou des dossiers cliniques ;
- Observation des prestations des agents ;
- Observation des conditions de travail ;
- Interview des clients et prestataires.

Les informations de base recueillies sont des données utiles et simples qui, utilisées de manière appropriée, mettent en évidence les problèmes relevant d'un domaine précis de la santé.

c. Compiler les données.

d. Analyser les données :

Consiste à relier les faits importants d'une situation entre eux afin de leur donner une signification. Elle comporte deux étapes : Le **traitement** des informations et l'**interprétation** après le traitement.

e. Présenter les résultats sous forme tabulaire et graphique.

f. Interpréter les données analysées :

- Faire les croisements; déterminer les tendances, les indicateurs et les indices ou ratio.
- Etablir la liste des indicateurs et les présenter dans un contexte ou cadre sous forme de données géographiques, démographiques, économiques, socioculturelles, sanitaires.

g. Comparer les résultats obtenus : Par rapport aux normes préétablies ou aux objectifs déjà fixés.

h. Identifier les problèmes : Etablir une liste de problèmes identifiés.

i. Classer les problèmes par ordre de priorité en utilisant les principaux critères de sélection et aussi en fonction des contraintes politiques, institutionnelles, organisationnelles, économiques, sociales ou comportementales.

2.2. Acteurs de l'analyse de la situation

Dans le domaine sanitaire, l'analyse de la situation doit être réalisée de préférence avec les populations concernées par le problème. Ce sont en effet ces populations qui peuvent mieux expliquer les origines immédiates et lointaines des problèmes vécus. Le responsable de la formation sanitaire, les membres du comité de gestion et les populations doivent alors mener ensemble la réflexion pour les solutions appropriées aux difficultés identifiées. D'autres partenaires tels que les professionnels de santé du secteur privé, les responsables administratifs, la société civile et les partenaires pour le développement doivent être impliqués dans l'analyse de situation.

Ils doivent être **informés tout le long du processus** de planification, **prendre part aux étapes clés du processus**, se sentir plus tard comme partie prenante au processus.

3. Identification et formulation des problèmes

3.1. Identification des problèmes

L'identification d'un problème se fait après avoir comparé les résultats obtenus lors de l'analyse de la situation aux normes préétablies ou aux objectifs déjà fixés.

3.2. Formulation des problèmes

La reconnaissance d'un problème doit s'accompagner de sa bonne formulation. Cette formulation répond à trois caractéristiques essentielles qui sont :

- Etre précis c'est-à-dire indiquer clairement le nœud de l'insatisfaction ;
- Ne pas se confondre automatiquement à un objectif pour pouvoir donner lieu à la recherche de la solution la mieux adaptée à la situation difficile vécue ;
- Etre à la forme négative ou avoir un sens négatif.

L'énoncé du problème devrait indiquer ce qu'est le problème et comment il se manifeste.

Quelques exemples de problèmes

Les propositions suivantes ne peuvent être considérées comme des problèmes bien qu'étant formulés de façon précise à la forme négative :

- Les populations de la localité de Koumantou n'ont pas de puits ;
- L'aire de santé de Mafélé n'a pas de CSCOM ;
- Le village de Kébila n'est pas relié aux centres urbains environnants.

En effet, tels que formulés, ces « problèmes ne permettent d'envisager qu'une et une seule solution : le forage de puits à Koumantou ; la construction d'un dispensaire à Mafélé ; la construction de pont entre Kolondiéba et Kébila

Cette façon de faire l'exploration de toutes les solutions possibles, obligeant du coup les acteurs à ne s'en tenir qu'à une action, ne tient presque pas compte des contraintes et des atouts du milieu.

Une meilleure formulation de ces problèmes serait :

- Les populations de la localité de Koumantou n'ont pas accès à l'eau potable ;
- Les populations de Mafélé ne bénéficient pas des soins de santé primaires ;
- Les populations de Kébila ne peuvent pas écouler leur production agricole vers les centres environnants.

Les exemples donnés dans le tableau ci-dessous illustrent la manière dont les énoncés de problèmes peuvent être reformulés pour indiquer la relation avec la qualité de service.

Pauvre formulation de problème	Faiblesse dans la formulation du problème	Amélioration de la formulation du problème
<u>Problème n°1 :</u> Nous n'avons pas de laboratoire.	L'énoncé du problème ne comprend qu'une cause.	Pour tous les cas soupçonnés de tuberculose, il faudrait faire une culture de crachat (pour le moment les tests ne sont faits que pour 25% des cas).
<u>Problème n°2 :</u> Nous avons besoin de plus de personnel.	L'énoncé du problème contient une solution prématurée.	Trente pour cent des patients qui arrivent au centre sont renvoyés chez eux sans avoir été examinés (30% des patients n'ont pas accès à la consultation).
<u>Problème n°3 :</u> Nous ne travaillons pas en équipe.	L'énoncé du problème est trop vague pour une action concrète.	L'équipe du centre de santé ne planifie pas ensemble les consultations foraines.

4. Analyse des problèmes

L'analyse proprement dite du problème est précédée par le choix des problèmes prioritaires compte tenu des ressources limitées.

4.1. Sélection des problèmes prioritaires

La sélection des problèmes se fait sur la base d'un certain nombre de critères dont par exemple :

- Ampleur : L'étendue du problème ;
- Gravité : Une inaction à cet égard entraînera d'autres problèmes ;
- Vulnérabilité : Existence de techniques ou de méthodes pour résoudre le problème ;
- Population cible touchée : Les groupes cibles touchés ;
- Perception du problème par la population ;
- Perception par l'ensemble du personnel et par la hiérarchie.

Il est tout à fait souhaitable de séparer les critères de sélection des problèmes des critères de sélection des solutions : le coût, la faisabilité, l'acceptabilité de la solution par la population, par l'ensemble du personnel, par la hiérarchie, la réalisabilité dans le temps.

Pour faciliter le choix des problèmes prioritaires, l'outil utilisé est la matrice de décision. Elle permet d'évaluer en fonction de critères jugés importants par le groupe pour prendre une décision appropriée.

Une matrice est constituée de 3 à 4 critères :

OPTIONS	CRITERES				TOTAL
	C1	C2	C3	C4	
Option 1					
Option 2					
Option 3					
Option 4					

Conditions à remplir :

- Compréhension claire des options par tous les membres du groupe.
- Acceptation des critères par tous.

Si une option ne répond pas à tous les critères, l'éliminer.

4.2. Outils d'analyse des problèmes

L'analyse de la situation révèle un ensemble de faits liés, aussi importants les uns que les autres et marquant la situation difficile. A chaque étape de l'analyse, il faut poser la question de savoir pourquoi telle situation négative prévaut dans le milieu ou dans le système. Ceci permet de découvrir la chaîne de problèmes réels et potentiels.

Les outils les plus utilisés sont :

- **L'arbre à problèmes** dont la décomposition en causes (immédiates et lointaines) puis en conséquences (immédiates et lointaines) du problème identifié comme central à la situation problématique, prend généralement la forme d'un organigramme. Un organigramme est la représentation graphique d'un processus.
- **Le diagramme de cause-effet**, diagramme en arête de poisson ou diagramme de ISHIKAWA. C'est une méthode qui génère et trie les idées ou hypothèses concernant les causes possibles d'un problème. La représentation graphique se fait sous forme d'arbre ou de poisson.
- **Le diagramme de processus**, il permet l'analyse du processus et l'identification des goulots d'étranglement. On utilise des symboles dans le diagramme de processus. Un processus est une séquence d'actions liées entre elles et interdépendantes qui convertissent les ressources des fournisseurs en résultats pour les clients.

4.3. Formulation des objectifs de résolution des problèmes

L'objectif de résolution du problème décrit la situation désirée, celle qui caractérise le retour à un état d'équilibre. Cette situation désirée doit absolument tenir compte des contraintes environnementales et des atouts dont dispose le milieu en cause.

Dans tous les cas, elle ne doit être ni surestimée, ni sous-estimée par rapport à la réalité. En effet, si elle est surestimée, elle ne pourra être réalisée parce que reposant sur des objectifs irréalistes. Si elle est sous-estimée, sa réalisation ne comblerait pas totalement les espoirs des bénéficiaires.

4.3.1. Définition d'un objectif

L'objectif est le résultat attendu à la fin d'une période bien déterminée. On peut avoir les objectifs à long, à moyen et à court terme. Plusieurs objectifs à court et à moyen terme peuvent contribuer à la réalisation d'un objectif à long terme.

4.3.2. Formulation d'un objectif

La formulation des objectifs est une étape importante dans le processus de résolution du problème.

Formuler des objectifs clairs et précis permet de :

- Mieux dégager les stratégies possibles ;
- Préciser les activités à mener ;
- Déterminer les ressources nécessaires ;
- Répartir les tâches.

L'objectif en outre doit comporter :

- Un verbe d'action,
- Des conditions (temps, lieu)
- Des critères.

4.3.3. Qualités d'un objectif

Un objectif doit avoir les qualités suivantes :

- Pertinent,
- Observable,
- Réalisable,
- Mesurable,
- Précis,
- Logique.

L'objectif est général, intermédiaire ou spécifique selon le niveau où il est exécuté.

5. Détermination des stratégies et des activités

La stratégie ou solution est une combinaison de ressources et d'activités pour atteindre un objectif. L'identification des stratégies possibles résulte d'un inventaire de toutes les alternatives envisageables pour la résolution du problème. Cet inventaire peut mieux se réaliser en utilisant la technique du brainstorming. Celle-ci consiste à générer sans critique toutes les idées de solution qui viennent à l'esprit d'une part, à éliminer à partir d'une analyse sérieuse les solutions irréalistes d'autre part et enfin, à ne s'en tenir qu'à un nombre critique de solutions pertinentes. Cette sélection primaire peut déboucher sur des stratégies alternatives ou sur des stratégies complémentaires.

5.1. Choix de la stratégie ou de la solution optimale

C'est l'étape de la décision qui utilise les résultats issus de l'analyse des contraintes au niveau des stratégies. La décision est prise en considérant les contraintes d'ordre politique, économique, social et culturel et les atouts du milieu. La matrice de décision est utile ici pour sélectionner la solution optimale en tenant compte des critères de solution dont :

- La solution est d'un coût raisonnable, n'a pas d'impact négatif sur d'autres activités ;
- La mise en œuvre est réalisable, faisable ;
- Elle a le soutien des responsables, de la collectivité, de tout le personnel ;
- Elle est efficiente, s'attaque aux causes premières, est adaptée aux circonstances.

La solution optimale n'est pas la moins onéreuse mais plutôt celle qui résout au mieux le problème en tenant compte de toutes les contraintes environnementales. Ainsi, il arrive parfois que la solution classée première ne soit pas celle retenue pour être mise en œuvre.

Une contrainte est une difficulté qu'on ne peut pas résoudre, une obligation de faire avec.

5.2. Formulation d'une stratégie

La formulation d'une stratégie découle le plus souvent de l'objectif fixé. La façon la plus simple de la formuler est d'utiliser le substantif du verbe d'action ayant aidé à formuler l'objectif. L'inconvénient de procéder ainsi est le risque d'avoir des stratégies exclusives qui ne résolvent pas entièrement les problèmes. Mais un objectif peut avoir plusieurs stratégies qui souvent sont complémentaires.

Exemple de stratégies :

Objectif :

- Renforcer l'aptitude du site de Koumantou dans la tenue des supports de gestion de contraceptifs.
- Les stratégies possibles pour atteindre cet objectif sont :
- Dissémination des supports ;
- Formation sur le site ;
- Recyclage ;
- Formation formelle.

6. Elaboration d'un plan de résolution des problèmes**6.1. Détermination des activités**

La détermination des activités permet de mieux répartir les tâches, de suivre le déroulement du processus et de mieux estimer les ressources nécessaires pour atteindre l'objectif. Pour formuler les activités il est généralement conseillé d'utiliser un verbe d'action à l'infinitif. Les activités prévues doivent être pertinentes par rapport aux stratégies retenues et doivent être en rapport avec les moyens disponibles. Les activités sont des initiatives à développer pour atteindre les objectifs fixés.

Une fois la stratégie optimale retenue, les activités identifiées, il faut les programmer et commencer à les réaliser. Cette réalisation ne peut cependant avoir lieu de la meilleure façon si une planification rigoureuse n'a été faite au préalable. C'est en effet grâce à cette planification que sont identifiées les tâches à exécuter et que sont déterminées les ressources à mobiliser.

6.2. Détermination des ressources

Une fois que la liste des activités est établie, il faut déterminer les ressources dont on a besoin pour les mener à bien. Les ressources sont généralement réparties en quatre catégories : humaines, matérielles, financières et temps. Une analyse de ces ressources devra ensuite être effectuée, et permettre de distinguer parmi ces ressources celles qui sont nécessaires, celles qui sont disponibles ; le solde indiquera celles qu'il reste à acquérir et dont il faut chercher les sources.

Dans le contexte de résolution des problèmes au niveau de l'équipe, il faut avoir à l'esprit la recherche des ressources locales avant les ressources extérieures.

6.3. Etablissement du plan de résolution de problèmes

Un plan de résolution de problèmes est un document conçu qui dresse une liste de toutes les activités planifiées, les dates de leur démarrage et de leur fin, les ressources nécessaires et les personnes responsables de leur exécution. Ce plan peut être présenté sous forme de tableau. Le modèle couramment utilisé est le diagramme de Gantt. C'est un graphique qui aide à organiser les activités à mener dans le temps.

Ce document est un outil précieux pour une résolution efficace et efficiente des problèmes et devrait être utilisé régulièrement et de façon appropriée comme outil de suivi à tous les niveaux.

6.4. Mise en œuvre de l'action

Cette étape consacre l'exécution du plan établi : les activités prévues sont donc réalisées et les différents résultats attendus produits. De plus, d'autres informations sur la mise en œuvre du plan sont développées dans le chapitre sur la gestion du travail en équipe.

6.5. Suivi et Evaluation

Dans toute planification, il peut arriver qu'un écart se crée au moment de la réalisation, entre ce qui était prévu et ce qui est obtenu. Pour éviter qu'une situation du genre survienne, on a recours à un suivi de toutes les étapes et à une évaluation dont le but ultime est de s'assurer que les choses se sont déroulées conformément aux prévisions.

Le **suivi** consiste à vérifier le déroulement des activités depuis le début en tenant compte du processus, des services et de la périodicité. L'**évaluation** est le contrôle de la performance et du progrès dans le but d'atteindre les objectifs.

Elle peut être interne ou externe et consiste à vérifier l'atteinte des objectifs et l'impact de la résolution du problème, à détecter les contraintes et mesurer l'efficacité et l'efficacité en vue de prendre une décision.

7. Mécanisme de résolution des problèmes en équipe

Dans les communautés, les personnes s'organisent généralement en groupe car elles désirent résoudre un problème ou répondre à un besoin communautaire. Les connaissances, les ressources et le potentiel de compétences ainsi réunis sont considérés à juste titre comme fournissant des moyens de s'attaquer collectivement à des problèmes qui ne peuvent pas être résolus par des individus agissant seuls. Les problèmes en question peuvent affecter quelques personnes ou la communauté tout entière ou encore se manifester clairement au niveau des groupes qui cherchent à les résoudre. Il est par conséquent important que les membres des groupes apprennent le processus systématique de la résolution d'un problème.

Le travail dans un site s'effectue en groupe dans le but d'atteindre un même objectif, il convient donc que la résolution des problèmes se fasse également en équipe.

7.1. Mise en place de l'équipe de résolution des problèmes

Tous les membres du site doivent constituer une équipe. Selon l'importance du site et en fonction de la compétence de chaque membre, les équipes peuvent se répartir en petits groupes. Le but est que chaque membre de l'équipe soit impliqué dans la résolution des problèmes en suivant tout le processus de la planification.

La nature du ou des problèmes peut également déterminer qui doit faire partie de l'équipe de résolution des problèmes.

7.2. Avantages de la résolution des problèmes en groupe

- Réaliser un accord sur les objectifs et sur les moyens de les atteindre est réconfortant car toutes les personnes impliquées dans le processus finissent par avoir une même vision de l'avenir et des idées claires sur les moyens de surmonter les obstacles afin de faire de cette vision une réalité.
- Si les membres du personnel sont impliqués dans le processus de planification, ils seront plus motivés et plus disposés à mener les activités devant permettre la réussite de la résolution des problèmes.

Bien souvent, ceci présente l'avantage supplémentaire de renforcer les relations entre les membres du personnel concerné.

7.3. Fonctionnement de l'équipe autour d'un problème

Les procédures suggérées ici doivent être abordées minutieusement, le temps consacré aux divers points est fonction des besoins du groupe concerné. Certaines étapes pourront être franchies très rapidement si l'information nécessaire est disponible et si les membres du groupe possèdent les compétences voulues.

- **Parler du problème pendant un certain temps et discuter de certaines des causes :**
 - *Comment affecte-t-il le site et/ou la communauté ?*
 - *Quelles sont les questions en jeu ?*
 - *Que pensent le personnel et la communauté du problème ?*
 - *Comment les membres du groupe se représentent-ils le problème ?*

Il ne faut surtout pas présumer que le problème est clair ou sous-estimer sa complexité. Il pourrait être utile de diviser le groupe en plusieurs petits groupes afin de discuter du problème de façon plus exhaustive et d'obtenir les vues de tous les membres.

Dresser la liste de tous les points mentionnés sur un tableau noir ou une feuille de papier journal en utilisant la technique du brainstorming. La technique permet de générer des idées multiples sur une situation donnée, un problème, ses causes, ses conséquences et les stratégies possibles de résolution du problème.

- **Suggérer les solutions ou actions possibles :**
 - Chercher à obtenir le plus d'idées possibles pour résoudre le problème ;
 - Laisser les membres suggérer maintes façons de le résoudre. Réfléchir longuement ;
 - Ne pas laisser les membres énergiques influencer excessivement le groupe.
 - Utiliser tous les moyens possibles d'encourager les membres timides à parler ;
 - Utiliser l'expérience de tous les membres du groupe ;
 - Prévoir des périodes de silence afin que les membres puissent réfléchir et consigner par écrit leurs idées ;
 - Veiller à ce qu'il y ait une atmosphère de libre discussion dans le groupe ;
 - Il peut être utile de chercher à obtenir toute information supplémentaire nécessaire.

- **Examiner les options :**

- Déterminer si elles sont réalisables, excessives ou beaucoup trop onéreuses, si elles conviennent au problème et si elles entraîneront une solution durable ;
- Ne pas laisser le prestige ou l'influence des membres énergiques faire en sorte que leurs suggestions ne soient pas examinées d'une façon aussi stricte que celles des autres membres.

Il s'avère utile de :

- Consacrer le plus de temps possible à l'examen des options ;
- Former de petits groupes pour l'examen des diverses options ;
- Consigner ce qui est dit durant ces discussions en vue d'un usage ultérieur.

L'équipe peut se heurter à de sérieuses difficultés ou même échouer si on n'examine pas minutieusement les options possibles. Un problème existe souvent au niveau de l'identification des sources de financement, à savoir que les groupes décident d'obtenir un financement externe et ne tiennent pas compte des apports qui pourraient être faits localement. Lorsque le financement externe est retardé ou ne se concrétise pas, les plans de résolution se trouvent alors en état de stagnation et les groupes se démoralisent, deviennent frustrés ou perdent leur enthousiasme initial.

- **Faire un choix parmi les options :**

- Adopter une solution parmi toutes les options et combinaisons possibles ;
- Ne pas se hâter de prendre une décision avant que tout soit clair pour chacun des membres ;
- Identifier les idées avec les personnes. Les suggestions doivent demeurer celles du groupe tout entier. Bien qu'il soit agréable de féliciter un membre de son excellente idée, il n'en reste pas moins que parfois ce dernier pourrait avoir à supporter le blâme en cas d'échec ou finir par faire le travail lui-même car c'est lui qui en a eu l'idée. Une décision collective entraîne une responsabilité collective
- Il est conseillé de demander à chaque membre d'exprimer son option au sujet de la solution choisie.

- **Formuler un plan d'action :** Cette étape permet aux membres de réfléchir à nouveau aux implications de la décision. Planifier avec précision :

- Ce qui sera fait ;
- Comment les tâches seront réparties ;
- Quand les diverses parties devront être achevées ;
- Comment chaque chose sera faite ;
- Ce que sera le financement nécessaire ;
- Ce qui devra être fait en premier, en second, en troisième et en quatrième lieu ou en même temps qu'une autre activité ;
- Qui sera chargé du suivi des progrès réalisés dans l'application, quand les examens seront faits et les rapports discutés.

- **Evaluer constamment :**

- S'assurer que chaque membre a la possibilité d'exprimer son opinion ;
- S'assurer qu'une considération est accordée à tous les points soulevés ;
- Vérifier comment fonctionne le groupe :
 - Certains membres assument-ils les responsabilités d'autres personnes ?
 - Chaque membre se sent-il intéressé et fait-il sa part de travail ?
 - Le groupe atteint-il ses objectifs ?
 - Examiner les méthodes qui sont utilisées et chercher à découvrir de meilleures techniques si nécessaires, si le plan du groupe ne produit pas l'effet souhaité.

C. COORDINATION

1. Généralités sur la coordination

La coordination des services de SR vise à optimiser les résultats dans toutes les interventions et à assurer une utilisation rationnelle des différentes contributions, la cohérence des interventions et un meilleur suivi/évaluation des activités.

De par le caractère multisectoriel et multidisciplinaire de la SR, toutes les interventions doivent être conformes à la politique et aux normes établies.

1.1. Définition

La coordination est la collaboration planifiée et concertée d'au moins deux personnes, deux départements, deux programmes ou deux organisations qui visent un but commun. Elle permet à chaque partenaire de se concentrer sur ses points forts, à toutes les parties impliquées de fournir une vaste gamme de services de qualité à tous ceux qui en ont besoin et le demandent.

1.2. Types de coordination

On peut distinguer deux types de coordination :

- La coordination interne, au sein du Ministère de la Santé ;
- La coordination externe, entre le Ministère chargé de la santé et ses partenaires.

1.3. Niveaux et responsabilités

La coordination des activités de SR se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et suivant des responsabilités bien définies.

- Le niveau central (Direction Nationale de la Santé) coordonne les interventions des différents partenaires au niveau national. Il veille particulièrement à la complémentarité des interventions, à l'harmonisation du système d'interventions et des messages à diffuser ;
- Le niveau intermédiaire (Directions Régionales de la Santé) et le niveau périphérique (Districts Sanitaires) assurent la coordination des interventions respectivement au niveau régional et de cercle.

2. Coordination des services de SR

Elle consiste à :

- Elaborer un tableau d'activités de coordination interne et de responsabilités pour tous les domaines fonctionnels de l'organisation pour voir clairement comment améliorer votre coordination interne ;
- Elaborer un tableau de répartition des fonctions en collaboration avec d'autres organisations pour analyser les activités menées par chacune d'entre elles ;

- Identifier les cas de double emploi et modifier la répartition des responsabilités ;
- Coordonner les efforts de sorte que chacune des organisations qui collaborent prenne en charge les activités qui correspondent à ses points forts ;
- Développer un système d'échange d'informations au sein de l'organisation ;
- Développer un système d'échange d'informations entre organisations ;
- Regrouper les ressources autant que possible ;
- Pour avoir une bonne vue d'ensemble du programme, il faut mettre sur pied un comité de planification des activités qui comprend les représentants de toutes les institutions impliquées dans le programme ;
- Identifier les problèmes pouvant être résolus par une meilleure coordination interne et externe ;
- Identifier des techniques de résolution de problèmes basées sur des méthodes de coordination spécifiques et appropriées ;
- Développer des normes auxquelles toutes les organisations devront se conformer.

D. SUIVI & EVALUATION

1. Généralités

Pour toute planification, il arrive souvent qu'un écart se crée au moment de la réalisation entre ce qui était prévu et ce qui est obtenu.

Pour éviter qu'une telle situation survienne, on a recours à un suivi de toutes les étapes et une évaluation.

Le but ultime du suivi/évaluation est de s'assurer que les choses se sont déroulées conformément aux prévisions.

2. Suivi

2.1. Définition

Le suivi consiste à vérifier le déroulement des activités depuis le début en tenant compte du processus, des services et de la périodicité. C'est le contrôle de la performance et du progrès des activités réalisées pour atteindre les objectifs des programmes de SR.

2.2. Principes du suivi des programmes en SR

- Permet de mesurer de façon continue les indicateurs.
- Nécessite un enregistrement de données et des rapports réguliers.
- Permet de savoir si les activités se réalisent comme planifiées.
- Est généralement conduit au niveau de la formation sanitaire.

2.3. Caractéristiques d'un bon système de suivi

- Des définitions claires des indicateurs

- Des méthodes de collecte de données, sources et instruments standardisés
- Des rôles et responsabilités claires
- Des directives et protocole clairs.

2.4. Les outils de collecte pour le suivi

- Fiche de suivi CPN.
- Fiche PF.
- Registre CPN.
- Registre PF.
- Registre SONU.
- Registre d'accouchement.
- Registre PTME.
- Registre CPON
- Rapports mensuels PTME.
- Rapport mensuel césarienne.
- Rapport SONU.
- RTA.
- Rapport de supervision.
- Rapport de monitoring.

3. Evaluation

3.1. Définition

L'évaluation est un jugement de valeur sur un programme ou projet en vue de formuler des recommandations sur les objectifs, les stratégies et l'allocation des ressources.

Elle consiste également à vérifier l'impact de la résolution des problèmes, à détecter les contraintes et à mesurer l'efficacité et l'efficience en vue de prendre une décision.

3.2. Types d'évaluation

- Evaluation antérieure : Se réalise 3 à 6 mois voire un an avant le début du projet, avant le financement ;
- Evaluation à mi-parcours : Evalue ce qui a été fait afin de réorienter éventuellement le projet ;
- Evaluation finale : Se fait en fin de projet (3 mois avant la fin) ou 3^{ème} mois après. Elle permet de faire le bilan, d'apprécier le résultat ou l'effet du projet ;
- Evaluation rétrospective : S'effectue quelques années après la fin du projet (3 à 5 ans). Elle apprécie l'impact et vérifie si les effets continuent toujours après la fin du projet.

3.3. Evaluation du programme de santé de la reproduction

Planifier l'évaluation consiste à prévoir dès la conception du programme, ce qu'il faut mesurer pour apprécier l'atteinte des objectifs ou des résultats.

Les domaines utiles d'évaluation du programme de santé de la reproduction sont entre autres :

- L'atteinte des objectifs du programme ;
- L'utilisation des ressources ;
- La satisfaction des bénéficiaires des prestations.

Il est donc important de définir des indicateurs pertinents qui permettront d'apprécier les progrès accomplis dans le sens des objectifs.

Les indicateurs sont des variables qui permettent de mesurer le niveau d'atteinte des réalisations. On peut avoir :

- Des **indicateurs d'efficacité** qui mesurent l'efficacité ;
- Des **indicateurs de rendement** qui mesurent l'utilisation des ressources ;
- Des **indicateurs de performance** qui permettent d'apprécier si la tâche a été accomplie comme décrite ;
- Des **indicateurs d'impact** qui permettent de mesurer les changements.

Les indicateurs se définissent en fonction des problèmes à résoudre. Ils peuvent être qualitatifs ou quantitatifs.

L'indicateur de qualité est la variable qui permet de décrire la situation à apprécier en posant la question « Comment ? ».

L'indicateur de quantité est la variable qui permet de comparer en posant les questions « Combien ? ».

Les données de base doivent être collectées avant l'exécution afin de permettre une évaluation objective tant à long terme, à moyen terme qu'à court terme.

Il est aussi nécessaire d'établir un calendrier d'évaluation qui consiste à déterminer les moments où il faut évaluer et de décider de ce qu'il faut évaluer du programme.

Le calendrier et les activités à évaluer sont visualisés par le diagramme de GANTT.

Les méthodes d'évaluation de la qualité :

Il existe plusieurs méthodes d'évaluation de la qualité, qui peuvent varier selon les composantes à mesurer. Il s'agit entre autres de :

- Enquêtes ;
- Audit (Cf. Fiche technique n° 14).
- Monitoring ;
- Contrôles ;
- Supervision ;
- Auto évaluation ;
- Client mystérieux, camera cachée, témoignage, Etc ;
- Beinschmarking (évaluation par comparaison) ;
- Évaluation par processus.

E. LES INDICATEURS DE QUALITE

1. Définition

Un indicateur est un outil d'évaluation et d'aide à la prise de décision (pilotage, ajustements et rétro correction) grâce auquel on va pouvoir mesurer une situation ou une tendance, de façon relativement objective, à un instant donné, ou dans le temps et/ou dans l'espace.

2. Les critères d'un bon indicateur (SMART)

- Spécifique
- Mesurable
- Acceptable
- Réalisable
- Temporaire.

3. Composantes de la qualité

- Compétence technique
- Accès aux services
- Relations interpersonnelles
- Efficacité
- Efficience
- Sécurité/ innocuité/ prévention des infections.
- Continuité.
- Environnement/ agréments
- Satisfaction des clients
- Gestion de la qualité
- Cogestion / participation communautaire

4. Quelques indicateurs de qualité en SR

COMPOSANTES	INDICATEURS	METHODE DE CALCUL
Compétence technique	- Proportion d'établissements de santé disposant d'au moins une sage femme/IO.	(Nombre d'établissements de santé disposant d'au moins une sage femme/IO/Nombre total d'établissements de santé) X 100.
	- Proportion de CSCOM disposant d'au moins une sage femme/IO.	(Nombre de CSCOM disposant d'au moins une sage femme/IO/Nombre total d'établissements de santé) X 100.

COMPOSANTES	INDICATEURS	METHODE DE CALCUL
	- Taux de rupture de médicaments du panier. - Taux de létalité lié à la césarienne.	(Nombre moyen de jours de rupture de médicaments du panier/365) X 100. (Nombre de décès maternels après césarienne/Nombre total de césariennes réalisées) X 100.
Accès aux services	- Taux d'utilisation des services de CPN recentrée. - Nombre de couple année protection (CAP).	(Nombre de CPN réalisé/5% de la population) X 100. Somme des CAP CAP = Nombre d'unités distribués pendant l'année/ le facteur de conversion de la méthode (pour méthodes courte durée). CAP = Nombre d'unités distribués pendant l'année X Le facteur de conversion de la méthode (Pour méthodes longue durée).
Relations interpersonnelles	- Disponibilité de fiches de description de tâches. - Taux de réalisation des réunions statutaires.	(Nombre d'établissements de santé disposant de fiches de description de tâches affichées/Nombre d'établissements de santé) X 100. (Nombre de réunions statutaires tenues avec PV/Nombre de réunions statutaires prévues) X 100.
Efficacité	- Taux d'utilisation des services de santé. - Proportion d'établissements accrédités.	(Nombre de nouvelles consultations/Population totale) X 100. (Nombre d'établissements accrédités/Nombre d'établissements santé) X 100.

COMPOSANTES	INDICATEURS	METHODE DE CALCUL
Efficience	- Le coût moyen des ordonnances.	
Sécurité/innocuité/ prévention des infections.	- Taux d'infections post opératoires.	(Nombre d'infections post opératoires/Nombre total d'interventions chirurgicales)X100.
	- Durée moyenne de séjour.	(La somme des séjours des malades/Le nombre de malades sortants)X100.
Continuité	- Indice d'assiduité aux services de CPN.	[Nombre total de CPN/Nombre de nouvelles consultantes prénatales (1 ^{ère} visite CPN)] X 100.
	- Taux de mortalité maternelle.	Nombre de décès de femme liés à la Grossesse à l'accouchement et aux suites de couches/Naissances vivantesX100 000.
Environnement/ agréments	- Proportion d'établissements de santé disposant d'un incinérateur fonctionnel.	(Nombre d'établissements de santé disposant d'1 incinérateur fonctionnel/Nombre total d'établissements santé)X100.
Satisfaction des clients	- Taux de satisfaction.	(Nombre de personnes satisfaites/Nombre total de personnes enquêtées)X100.
Gestion de la qualité	- Proportion d'établissements de santé disposant d'une équipe qualité fonctionnelle.	(Nombre d'établissements de santé disposant d'une équipe qualité fonctionnelle/Nombre total d'établissements santé)X100.
Cogestion/Participation communautaire	- Taux de réalisation des réunions statutaires	(Nombre de réunions statutaires tenues avec PV/ (Nombre de réunions statutaires prévues) X 100.
	- Taux de participation des communautés aux réunions statutaires.	(Nombre de fois que les communautés ont participé à une réunion statutaire avec PV/Nombre de réunions statutaires tenues) X 100.

COMPOSANTES	INDICATEURS	METHODE DE CALCUL
	- Proportion de femmes dans les instances de décision. - Taux de participation des femmes aux réunions statutaires tenues. - Taux d'utilisation adéquate des outils de gestion.	Nombre de femmes dans les instances gestion/Nombre total des membres. (Nombre de fois que les femmes ont participé à une réunion statutaire avec PV/Nombre de réunions statutaires tenues) X 100. (Nombre total d'outils utilisés selon les normes/Nombre total d'outils requis) X 100.

III. PREVENTION DES INFECTIONS

A. IMPORTANCE DE LA PREVENTION DE L'INFECTION

La composante innocuité/sécurité de la qualité repose principalement sur la prévention des infections qui permet de réduire la transmission de la maladie aussi bien au client qu'au personnel soignant à l'aide de plusieurs techniques.

La prévention de l'infection est partie prenante de toutes les composantes de santé de la reproduction.

B. DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES

- **Décontamination** : C'est le procédé qui rend les objets moins dangereux à manipuler par le personnel, notamment le personnel d'entretien avant le nettoyage.
- Ces objets comprennent les surfaces importantes (Exemple : Table d'examen gynécologique ou Table d'opération), les instruments chirurgicaux, le linge et les gants contaminés par du sang ou d'autres liquides organiques pendant ou après les interventions.
- **Nettoyage** : C'est l'opération qui consiste à enlever physiquement tout le sang, les liquides organiques ou tout autre corps étranger visible à l'œil nu, comme la poussière ou la saleté, présents sur la peau ou sur des objets inanimés.
- **Désinfection** : C'est l'opération qui permet d'éliminer en grande partie mais pas en totalité les micro-organismes vecteurs de maladies. Une désinfection de haut niveau (DHN) par ébullition ou par produits chimiques élimine tous les micro-organismes, à l'exception de certaines endospores bactériennes.
- **Stérilisation** : C'est le procédé qui élimine complètement tous les micro-organismes (bactéries, virus, champignons et parasites) y compris les endospores bactériennes qui se trouvent sur les objets inanimés.

C. TECHNIQUES DE LA PREVENTION DE L'INFECTION

Les étapes de la prévention de l'infection (PI) sont :

- 1) Le lavage des mains ;
- 2) Le lavage des zones d'intervention ;
- 3) L'utilisation de barrière physique ;
- 4) Le traitement du matériel ;
- 5) L'élimination des déchets.

➤ **Lavage des mains**

C'est la mesure la plus importante de la prévention des infections. Il faut toujours se laver les mains avant et après chaque examen ou avant de porter les gants ou après les avoir enlevés.

Il existe trois méthodes de lavage des mains :

- Le lavage simple des mains.
- Le lavage hygiénique ou antiseptique.
- Le lavage chirurgical.
- **Lavage simple des mains :**
 - Matériel : Récipient contenant de l'eau, savonnaire.
 - Eau courante.
 - Savon (petits morceaux secs).
 - Linge individuel propre et sec.
 - Durée : 15 à 30 secondes.

N.B : Il est recommandé actuellement de sécher les mains à l'air libre, car les serviettes même individuelles peuvent contenir des microbes.

- **Lavage hygiénique ou antiseptique des mains :**
 - Solution à base d'alcool pour le lavage antiseptique ;
 - Ajouter de la glycérine ou du sorbitol à l'alcool (2 ml dans 100 ml de solution d'alcool éthylique ou isopropylique à 70°) ;
 - Employer 5 ml par application et continuer à frotter la solution sur les mains jusqu'à ce qu'elles soient sèches (15 à 30 secondes).

Elle constitue une alternative valable :

- En situation d'urgence,
- Entre deux patients,
- Là où le lavage des mains n'est pas possible.

- **Lavage chirurgical :**

En plus du matériel pour lavage courant on utilise des brosses douces et des antiseptiques.

Frotter du bout des doigts vers les poignets et coude. Ne pas frotter trop fort car cela peut créer des égratignures sources d'infection.

Durée : 3 à 5 mn.

➤ **Lavage des zones d'intervention**

- **Point d'injection :**

Passer un premier tampon imbibé d'alcool à 70° sur une grande zone. Passer un second au point d'injection. Éviter de repasser au niveau des endroits déjà nettoyés.

- **Point d'intervention :**

Couper les poils à ras, éviter de raser. Passer 2 à 3 fois un tampon imbibé de polyvidone iodée de façon excentrique pour être sûr que les saletés sont enlevées.

➤ **Utilisation des barrières physiques**

Les barrières physiques couramment utilisés sont : les gants, les blouses, les tabliers, les masques, les bottes, les coiffes, etc.

Porter des gants chaque fois que vous devez toucher les sécrétions, les muqueuses les tissus sous cutanés ou un matériel contaminé par une sécrétion organique (sang et autres).

On distingue trois types de gants :

- Gants de ménage ;
- Gants d'examen ;
- Gants chirurgicaux.

Utilisation des gants en fonction des gestes ou actes

GESTES	TYPES DE GANTS A UTILISER
Examen physique	Gant d'examen (<i>facultatif</i>)
Insertion DIU	Gants stériles
Examen gynécologique	Gants stériles
Vidange de poubelle	Gant de ménage
Insertion d'implants	Gants stériles (<i>chirurgie</i>)
Vasectomie	Gants stériles (<i>chirurgie</i>)
Ligature des trompes	Gants stériles (<i>chirurgie</i>)
Injection IV/Transfusion/Ponction	Gant d'examen

➤ **Traitement du matériel : Etapes traitement des instruments**

- **Décontamination**

Avant de décontaminer, il faut préparer la solution chlorée (eau de javel).

La polyvidone iodée peut être aussi utilisée pour la décontamination. Dans ce cas la concentration efficace des solutions iodophores est de 2,5 %. **Concentration de polyvidone iodée à 10 %.**

Pour obtenir les 2,5% il faut alors ; 1 part de polyvidone iodée pour 3 parts d'eau.

La durée de décontamination est de 10 mn quel que soit le désinfectant utilisé.

N.B : Il existe actuellement les comprimés chlorés effervescents (biospots) comme désinfectants (Cf. Fiche technique n° 15).

- **Nettoyage** (Cf. Fiche technique n° 16)

Permettent d'éliminer les matières organiques qui recouvrent le matériel.

Pour assurer une élimination efficace de ces matières, il faut :

- Utiliser de l'eau propre et savonneuse, une éponge et si possible une brosse.
- Démonter tout le matériel articulé et utiliser des tiges ou des brosses à dents pour enlever les saletés dans les crevasses.
- Frotter le matériel jusqu'à ce que toutes les matières organiques s'enlèvent.
- Rincer soigneusement et laisser sécher à l'air libre.
- **Désinfection à haut niveau** (Cf. Fiche technique n° 17).
- **Désinfection à haut niveau par ébullition :**
- **Désinfection à haut niveau par vapeur :**
 - Placer uniquement des articles propres et secs (Exemple : Des gants chirurgicaux) dans des marmites à vapeur ;
 - Commencer à chronométrer lorsque la vapeur commence à s'échapper de la marmite et compter 20 minutes ;
 - Réduire la chaleur pour que l'eau continue à bouillir ;
 - Laisser sécher les articles désinfectés à haut niveau à l'air libre dans un coin propre de la pièce ;
 - Utiliser immédiatement les instruments et les autres articles ou les placer dans un bac couvert, sec et désinfecté à haut niveau ;
 - Conserver pendant 1 semaine maximum.
- **Désinfection chimique à haut niveau :**

Il existe divers désinfectants chimiques à haut niveau disponibles dans le monde, dont :

- Chlore à 0,1 % (Hypochlorite de sodium)
- Formaldéhyde à 8 % (Formalin)
- Glutaraldéhyde à 2 %

Bien que les alcools (60 – 90 %), l'iode et les iodophores soient peu chers et facilement disponibles, ils ne sont plus classifiés comme désinfectants à haut niveau. Ils ne devraient être utilisés que lorsque des désinfectants à haut niveau ne sont pas disponibles ou appropriés.

- **Stérilisation** : Il existe deux procédés :
 - La stérilisation physique (chaleur sèche et chaleur humide).
 - La stérilisation chimique. (Cf. Fiche technique n° 18).

➤ **La gestion des déchets biomédicaux (DBM) - Elimination des déchets (Cf. Fiche technique n° 19)**

- **Définition générale des déchets :**

On appelle déchets « tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériaux, produits ou plus généralement tout bien, meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon et qui sont de nature à produire des effets nocifs sur le sol, la flore et la faune, à dégrader les sites ou les paysages, à polluer l'air ou les eaux, à engendrer des bruits ou des odeurs, et d'une façon générale, à porter atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement.¹ »

¹ Comité d'Experts OMS.

- **Déchets hospitaliers :**

Les déchets hospitaliers sont les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi, de traitement préventif, curatif ou palliatif, et d'hôtellerie dans le domaine de la médecine humaine et vétérinaire.

- **Déchets biomédicaux :**

Les déchets biomédicaux sont les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi, de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans le domaine de la médecine humaine et vétérinaire présentant un danger physique ou de contamination biologique ou chimique pour l'homme et/ou l'environnement.

- **Modes de traitement des déchets par type d'établissement de santé.**

Tableau 1 : Mode de traitement des déchets des Centres de santé communautaire

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
Salle d'attente	Papier, carton, emballages plastiques, balayures	Poubelle noire	Incinération et décharge publique
Salles de consultation	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, abaisses langue, gants usagés	Poubelle noire Poubelle rouge	Incinération
Salle d'accouchement	Papier, carton, emballages plastiques,	Poubelle noire	Incinération Enfouissement sanitaire
	Placenta, produits d'avortement et autres déchets anatomiques	Poubelle rouge (préalablement emballé dans les sacs plastiques)	Enfouissement sanitaire Incinération
	Aiguilles, cathéters, lames usagées	Boîte de sécurité	Incinération
	Flacons d'eau de javel	Poubelle noire	incinération et décharge publique
Salles de repos des accouchées	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Décharge publique ou incinération
	Aiguilles, lames, cathéters usagés	Boîte de sécurité	Incinération
	Tubulure de perfusion, seringues	Poubelle jaune	Incinération
	Flacons de sérum	Poubelle jaune	Incinération
Salles de soins	Aiguilles, cathéters, lames	Boîte de sécurité	Incinération
	Pansements, plâtres, matériels à usage unique,	Poubelle rouge	Incinération
	Flacons de sérum tubulures de perfusion, seringues	Poubelle jaune	Incinération
Laboratoire	Débris de verre contaminés, pipettes, boîtes de pétri, flacons de culture (à usage unique), réactifs	Poubelle rouge (mention spéciale pour les réactifs et autres substances)	Incinération

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
Pharmacie	Produits pharmaceutiques périmés, papier, emballages plastiques	Poubelle rouge (mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques)	Incinération ou enfouissement selon leur nature
Hangar	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Décharge publique ou Incinération
	Seringue, flacon de vaccin, autres déchets issus de la vaccination	Poubelle rouge	Incinération
	Aiguilles issues de la vaccination	Boîte de sécurité	Incinération

Tableau 2 : Mode de traitement des déchets des Centres de santé de référence

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
Salles d'attente	Papier, carton, emballages plastiques, balayures	Poubelle noire	Incinération
Salles de consultation	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, abaisses langue, gants usagés	Poubelle noire et poubelle rouge	Incinération
Salles d'accouchement	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, seringues	Poubelle rouge et boîte de sécurité	Incinération
	Placenta, produits d'avortement et autres déchets anatomiques	poubelle rouge (préalablement emballé dans les sacs plastiques)	Enfouissement sanitaire Incinération
	Aiguilles, cathéters, lames usagées	Boîte de sécurité	Incinération
	Flacons d'eau de javel	Poubelle noire	Incinération ou décharge publique
Salles de repos des accouchées	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Incinération ou décharge publique
	Aiguilles, lames, cathéters usagés	Boîte de sécurité	Incinération
	Tubulure de perfusion, seringues	Poubelle jaune	Incinération
	Flacons de sérum	Poubelle jaune	Incinération
Salle de soins	Aiguilles, cathéters, lames	Boîte de sécurité	Incinération
	Pansements, plâtres, matériels à usage unique,	Poubelle rouge	Incinération
	Flacons de sérum tubulures de perfusion, seringues	Poubelle jaune	Incinération
Laboratoire	Débris de verre contaminés, pipettes, boîtes de pétri, flacons de culture (à usage unique), réactifs	Poubelle rouge (mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques).	Incinération

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
Blocs opératoires	Aiguilles, cathéters, lames	Boîte de sécurité	Incinération
	Tubulures de perfusion, seringues, pansements, matériels à usage unique, matériel de perfusion, compresses	Poubelle rouge, poubelle jaune	Incinération
	Déchets anatomiques	Poubelle rouge (préalablement emballé dans les sacs plastiques)	Incinération Enfouissement sanitaire
Radiologie	Films de radio, emballages perdus	Poubelle rouge (mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques)	enfouissement sanitaire Spéciale avec des parois étanches Retour au fabricant
Pharmacie	Produits pharmaceutiques périmés, papier, emballages plastiques	Poubelle rouge	Incinération, retour au fabricant, enfouissement sanitaire, (se référer aux instructions du fabricant).
Service administratif	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Décharge publique
Hangar	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Décharge publique
	Seringues, flacons de vaccin, autres déchets issus de la vaccination	Poubelle rouge	Incinération
	Aiguilles issues de la vaccination	Boîte de sécurité	Incinération

Tableau 3 : Mode de traitement des déchets des établissements hospitaliers publics et privés

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
Salles d'attente	Papier, carton, emballages plastiques, balayures	Poubelle noire	Décharge publique
Salles de consultation	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, abaisses langue, gants usagés	Poubelle noire, poubelle rouge	Incinération

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
Salles d'accouchement	Papier, carton, emballages plastiques, balayures	poubelle noire	Incinération
	Placenta, produits d'avortement et autres déchets anatomiques	Poubelle rouge (préalablement emballé dans un sac plastique)	Enfouissement sanitaire
	Aiguilles, cathéters, lames usagées	Boite de sécurité	Incinération
	Flacons d'eau de javel	Poubelle noire	Incinération décharge publique
Salles de repos des accouchées	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Décharge publique, Incinération
	Aiguilles, lames, cathéters usagés	Boite de sécurité	Incinération
	Tubulures de perfusion, seringues	poubelle jaune	Incinération
	Flacons de sérum	poubelle jaune	Incinération
Salle de soins	Aiguilles, cathéters, lames	Boite de sécurité	Incinération
	Pansements, plâtres, matériels à usage unique, tubulures de perfusion, seringues	Poubelle rouge poubelle jaune	Incinération
	Flacons de sérum	poubelle jaune	Incinération
Laboratoire	Débris de verre contaminés, pipettes, boîtes de pétri, flacons de culture (à usage unique), réactifs	Poubelle rouge (mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques)	Incinération enfouissement sanitaire
Blocs opératoires	Aiguilles, cathéters, lames	Boite de sécurité	Incinération
	Tubulures de perfusion, seringues, pansements, matériels à usage unique, matériel de perfusion, compresses	Poubelle rouge, poubelle jaune	Incinération
	Déchets anatomiques	Poubelle rouge (préalablement emballé dans un sac plastique)	Enfouissement sanitaire, incinération
Service de réanimation	Tubulure de perfusion, seringues, pansements, matériels à usage unique, compresses	Poubelle rouge, poubelle jaune	Incinération
	Aiguilles, cathéters, lames	Boite de sécurité	Incinération
Imagerie médicale (Radiologie, échographie) Médecine interne (Traitement du cancer)	Film de radio, emballages perdus, Déchets génotoxiques	Poubelle rouge (mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques)	Incinération retour au fabricant Enfouissement sanitaire dans une fosse étanche ²

² Il s'agit d'un site spécialement conçu pour l'élimination des déchets dangereux

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
Pharmacie	Produits pharmaceutiques périmés, papier, emballages plastiques	Poubelle noire, Poubelle rouge (mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques)	Décharge publique, Incinération, retour au fabricant Enfouissement sanitaire, se référer aux instructions du fabricant
Services administratifs	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Décharge publique
Hangar	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Décharge publique, incinération

- **Incinération**

L'incinération est une pratique courante dans les structures sanitaires.

Les incinérateurs de type Montfort étant les plus utilisés dans la plupart des structures de santé, nous présentons en annexe son mode de fonctionnement.

- **Enfouissement sanitaire**

Pratiqué dans les conditions requises, l'enfouissement sanitaire constitue une solution efficace pour l'élimination des déchets biomédicaux, particulièrement les déchets anatomiques.

➤ **Equipements pour la gestion des déchets biomédicaux**

Tableau 4 : La nature des équipements et leur affectation.

DESIGNATION	AFFECTATION
Equipements de protection	
Lunettes	Salle d'entretien
Cache-nez	Salle d'entretien
Blouse	Salle d'entretien
Gants	Salle d'entretien
Bottes	Salle d'entretien
Equipements de transport	
Chariots ou brouettes	Salle d'entretien
Equipements de traitement	
Incinérateur	Dans la cour
Espace d'enfouissement	Dans la cour ou ailleurs

DESIGNATION	AFFECTATION
Outils divers	
Pics	Salle d'entretien
Pioches	Salle d'entretien
Râteaux	Salle d'entretien
Pelles	Salle d'entretien

ANNEXES

A. FICHES TECHNIQUES COMMUNICATION

FICHE TECHNIQUE N° 1 : QUALITES D'UN BON ANIMATEUR

- Un bon animateur doit encourager son auditoire à s'exprimer, savoir l'écouter et avec lui rechercher les solutions pratiques.
- En matière de **savoir**, il doit :
 - poser des questions claires,
 - écouter,
 - distribuer la parole
 - utiliser des supports
 - parcourir les différentes étapes,
 - tenir compte de la disponibilité des villageois.
- En matière de **savoir être**, il doit être :
 - souriant,
 - sympathique,
 - accueillant,
 - patient,
 - courtois,
 - respectueux.
- Il doit avoir :
 - un langage simple,
 - une tenue simple,
 - savoir mettre les gens à l'aise et ne pas juger,
 - accepter toutes réponses données,
 - ne pas guider, ni influencer l'auditoire dans les réponses à donner
 - ne pas distraire,
 - reformuler les réponses données pour une bonne compréhension par les autres membres du groupe.

FICHE TECHNIQUE N° 2 : ROLES D'UN(E) BON(NE) ANIMATEUR(TRICE)

- **Rôle d'organisateur :**

Il consiste à :

- Fixer les objectifs
- Faire dégager un plan, une méthode de travail.
- Maintenir la discussion à l'intérieur du sujet
- Confronter et relier les points de vue
- Souligner les accords et les divergences et faire la synthèse.
- Veiller au déroulement dans le temps.

- **Rôle de facilitateur :**

Il consiste à :

- Motiver les participants en leur faisant prendre conscience de l'intérêt du sujet.
- Mettre les gens à l'aise
- Interrompre les bavards et faire parler les timides, le tout avec tact.
- Déceler les oppositions et en faire prendre conscience aux participants.
- Soutenir le groupe en montrant sa satisfaction en l'encourageant.
- Traiter les problèmes par priorités et regrouper les gens pour discuter les problèmes communs.

- **Rôle de conseiller :**

Comme conseiller, l'animateur encourage les villageois à réfléchir sur leurs problèmes et leurs causes afin d'améliorer leur compréhension. Il doit amener les villageois à envisager et à prendre en considération les solutions possibles pour résoudre leurs problèmes.

- **Rôle de liaison**

L'animateur peut servir de liaison entre les groupes villageois et les organisations ou agents du gouvernement, c'est à dire que l'animateur peut présenter les besoins des groupes villageois aux organisations qui ont les ressources soit humaines ou matérielles qui peuvent les aider.

B. FICHES TECHNIQUES ASSURANCE QUALITE

FICHE TECHNIQUE N° 3 : SUPERVISION DU PERSONNEL

1. Généralités

La finalité de la supervision est d'améliorer la performance du programme et des services. Pour que cela se fasse efficacement, le superviseur doit développer une approche interactive avec les responsables et le personnel en vue de :

- Répondre aux besoins du personnel pour offrir des services de qualité (besoins de formations, besoins d'informations et conditions de travail adéquates) ;
- Garantir les droits et besoins des clients (Accès, Informations, Choix, Sécurité, Confidentialité, Intimité, Dignité, Liberté d'opinion et Continuité).

Les superviseurs peuvent être les responsables hiérarchiques du site ayant une expertise dans les domaines supervisés et connaissant bien le système de prestation de services.

1.1. Définition

La supervision est un processus qui vise à s'assurer que le personnel accomplit ses activités de façon satisfaisante et à le rendre plus performant dans la réalisation de son travail. La supervision est une assistance et une action de guidage du personnel dans l'accomplissement de sa tâche.

1.2. Types de supervision

Il existe deux types de supervisions :

- Supervision interne qui est réalisée en équipe par le personnel travaillant dans le site sur la base de l'auto évaluation ;
- Supervision externe qui fait appel à un ou des superviseurs ne travaillant pas dans le site.

1.3. Niveau, périodicité et durée de la supervision

- Le niveau central supervise le niveau régional de façon semestrielle et intégrée ;
- Le niveau régional supervise le niveau district tous les trimestres ;
- Le niveau district supervise les CSCom tous les deux mois ;
- Le niveau CSCom supervise les agents de santé communautaires une fois par mois.

Cependant, il n'est pas exclu qu'il y ait des supervisions ponctuelles ou qu'un niveau supérieur puisse descendre à la périphérie, mais toujours de concert avec le niveau inférieur immédiat.

Une visite de supervision peut prendre 1 à 3 jours.

1.4. Objets de la supervision

Les supervisions devront porter d'abord sur :

- Les compétences techniques à offrir des services ;
- Les équipements et infrastructures ;
- Les dossiers des clients ;
- Les supports de gestion et de données ;
- Le circuit des clients ;
- Les pratiques de prévention des infections ;
- L'environnement organisationnel ;
- La motivation du personnel.

1.5. Les outils de supervision

Le superviseur utilisera une fiche de supervision qui comportera :

- **Un guide d'observation** de la compétence et de la performance du personnel ;
- **Un guide d'analyse** des conditions de travail et
- **Des outils** plus spécifiques sur des aspects précis :
 - guide d'auto-évaluation ;
 - fiche d'interview des clients et autres bénéficiaires ;
 - fiches de vérification des dossiers des clients ;
 - fiches d'inventaires du matériel et équipement.

1.6. Les techniques de supervision

Les principales techniques utilisées lors de la supervision sont :

- Observation (regarder, toucher et sentir) ;
- Entretien (écouter et parler avec le personnel ou avec les utilisateurs des services) ;
- Analyse documentaire (consulter et étudier les documents et les supports de données) ;
- Auto-évaluation (faire une autocritique constructive de son propre travail dans le site).

N.B : La supervision concerne également les structures privées de santé et les ONG œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction.

FICHE TECHNIQUE N° 4 : DROITS DU CLIENT

Un élément essentiel de la qualité des services de santé de la reproduction est le comportement du personnel qui détermine l'augmentation ou la baisse de la fréquentation d'un service de santé :

- Un point important est mis sur l'accueil dans toutes les composantes de la santé de la reproduction : tout membre de la communauté ayant besoin des services doit pouvoir le trouver au niveau des structures de santé ;
- Le respect des droits des clients doit constituer un objectif pour les directeurs de programmes et les personnes chargées des prestations de services dans les structures sanitaires.

Les prestataires doivent respecter les droits suivants :

1. Droit à l'information

Donner aux clients toutes les informations complémentaires ou souhaitées au cours des séances de causerie ou de counseling.

Tous les membres de la communauté ont le droit d'être informés de manière objective et exacte en matière de santé de la reproduction. Ils ont également le droit de savoir où et comment obtenir plus d'informations et de services de santé de la reproduction.

2. Droit d'accès aux services

Mettre les services à la portée des bénéficiaires ; faciliter l'accès aux services quelque soit le rang social, l'appartenance ethnique, politique ou religieuse.

3. Droit de choisir

Laisser les clients décider librement d'avoir ou non recours à la planification familiale, d'adopter ou d'abandonner une méthode ; de choisir leur prestataire pour obtenir les services dont ils ont besoin. Laisser les clients décider librement d'avoir ou non recours aux services de la Santé de la Reproduction, de choisir leur prestataire pour obtenir les services dont ils ont besoin.

4. Droit à la sécurité

Protéger les clients contre les risques liés à l'utilisation d'instruments aseptiques d'où le respect des mesures de prévention de l'infection.

5. Droit à préserver son intimité

Examiner les malades et s'entretenir avec eux dans un lieu où l'intimité physique est respectée. Si d'autres personnes (stagiaires, superviseurs, chercheurs) sont présentes, informer les clients du rôle joué par chacune d'elle.

6. Droit à la Confidentialité

Savoir que toute information personnelle demeure confidentielle.

7. Droit au secret professionnel

Ne divulguer aucune information concernant un client sans son consentement. Les dossiers des malades doivent être classés et fermés et leur accès doit être soumis à un contrôle rigoureux.

8. Droit à la dignité

Traiter les malades avec courtoisie, considération et respect quelque soit leur situation sociale.

Eviter toute forme de discrimination dans les rapports avec les clients.

9. Droit au confort

Assurer un bon accueil aux clients : sièges, salle aérée, éclairée.
Se sentir à l'aise en recevant des informations et des services.

10. Droit à la continuité des services

Recevoir des services et des produits contraceptifs sans rupture selon le besoin.

11. Droit d'opinion personnelle

Exprimer son point de vue sur les services offerts.

FICHE TECHNIQUE N° 5 : REORGANISATION DES SERVICES DE SR

Définition :

La réorganisation est un processus dynamique qui permet d'assurer l'offre de services de santé de la reproduction (SR) de qualité dans un établissement de santé.

Cette réorganisation repose sur trois éléments :

- Disponibilité des services (permanente ou partielle).
- Intégration des services (spatio-temporelle, circuit du client, référence interne d'une unité à l'autre).
- Qualité des services.

Principes

La réorganisation des services, vue sous un angle de formation pratique sur le lieu de travail, permet d'améliorer les compétences du personnel aux fins de l'offre d'un paquet de services de soins de qualité, « un seul passage et un paquet de services ».

Elle concerne l'ensemble du personnel sanitaire impliqué dans la réalisation des activités de la SR et porte sur la coordination et la gestion (du personnel, du temps, des activités, du matériel, etc.), l'adéquation du travail aux conditions locales, l'uniformisation des techniques et pratiques conformément au PMA, le renforcement de l'intégration des activités et de la qualité des soins.

La réorganisation des services de SR nécessite certains préalables que sont : (i) L'existence de Normes et Procédures de SR ; (ii) L'implication de l'ensemble du personnel socio-sanitaire ; (iii) L'adhésion des autorités politiques, administratives, sanitaires et des communautés.

Etapes de la réorganisation d'un établissement de santé

Etape 1 : Prise de contact avec les autorités politiques, administratives, sanitaires et des communautés.

Etape 2 : Analyse de la situation.

Etape 3 : Elaboration d'un plan d'action par unité en fonction des problèmes identifiés lors de la pré-évaluation et des objectifs fixés.

Etape 4 : Introduction pratique des normes et procédures de SR et des fiches opérationnelles couplée avec la formation sur site du personnel en gestion. Cf. Module de formation en gestion des établissements de santé.

Etape 5 : Dotation de l'établissement de santé en fournitures et matériels techniques, équipements standards, supports de collecte et produits SR.

Etape 6 : Elaboration des organigrammes, plaques d'identification et tableaux d'affichage identifiés lors de la formation en gestion pour les unités et sections de la structure sanitaire.

Etape 7 : Redistribution, complétude des activités SR, redéploiement du personnel et réajustement du circuit des patients/clients.

Etape 8 : Dynamiser les journées de salubrité dans les établissements de santé.

Etape 9 : Affichage des outils au sein des unités.

Etape 10 : Suivi immédiat de la réorganisation.

Etape 11 : Post évaluation programmée au bout de 6 mois pour apprécier le fonctionnement des services et les résultats diffusés.

Etape 12 : Extension à d'autres centres programmés.

FICHE TECHNIQUE N° 6 : FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR)

Le FBR est une stratégie de financement de services de santé qui vise à augmenter la quantité et la qualité des soins préventifs et curatifs fournis à la population dans le respect des normes à travers “l’achat des soins”. L’achat des soins est effectué sur la base d’un contrat entre une partie qui achète (acheteur) et une partie qui offre une action sanitaire (acteur de santé) au profit des communautés.

Les étapes de mise en œuvre sont :

Étape 1 : Réalisation de deux études : La première étude sur l’état des lieux (Identification des indicateurs clés de base) et la seconde sur les coûts et le flux des fonds FBR en fonction du volume des prestations fournis à la communauté.

Étape 2 : Élaboration des outils du FBR (différents tableaux des prévisions des résultats quantitatifs, des prévisions des résultats qualitatifs des soins, des problèmes et solutions des résultats quantitatifs, des problèmes et solutions des résultats qualitatifs, des problèmes et solutions de la satisfaction des clients, des ressources financières du CSCo, des besoins additionnels liés aux stratégies d’atteinte des résultats, les propositions de barème).

Étape 3 : Réunion de partage et la gestion des connaissances.

Étape 4 : Mise en œuvre et motivation des prestataires (paiement primes, supervision régulateur, appui ponctuel supervision et vérification, coaching des acteurs de terrain, gestion financière des primes).

Étape 5 : Suivi-évaluation.

N.B :

- Les fonds de cet achat sont utilisés pour :
 - ✓ La motivation du personnel en payant des primes liées à leur performance;
 - ✓ La formation du personnel 40% ;
 - ✓ Le fonctionnement des établissements de santé 60% ;
 - ✓ L’amélioration de la quantité et de la qualité des soins préventifs et curatifs à la population.
- Le paiement est assuré par l’organisme détenteur de fonds (partenaire et la mairie) ;
 - ✓ La vérification est faite par le district et le comité de pilotage ;

Les indicateurs sont définis par la DNS à travers ses divisions, la communauté et les services de santé.

FICHE TECHNIQUE N° 7 : LE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE

Le partenariat public privé repose sur :

- Le dialogue politique pour engager le secteur privé
- Les réformes afin d'améliorer l'environnement du partenariat public et privé
- La mise en place du partenariat public et privé pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé

Les étapes sont :

- Création d'un comité de dialogue et de concertation public-privé
- Création d'une structure transitoire préfigurant le comité
- Création d'une structure représentant le secteur privé
- Définition d'une politique nationale des PPP
- Renforcement des capacités d'autorégulation des ordres professionnels
- Mise en place de PPP
- Renforcement de la politique de formation
- Expansion des mutuelles.

La vision

Les secteurs public et privé de la santé travaillent en partenariat pour une meilleure accessibilité et une meilleure qualité des soins et services pour l'ensemble de la population malienne.

Les missions

Les secteurs publics et privés mettent en place une entité multisectorielle, qui représente les secteurs publics, privé, non-gouvernemental et confessionnel afin de permettre un dialogue permanent entre les acteurs publics et privés sur les questions prioritaires et émergentes ayant trait aux partenariats publics privés dans la santé.

Les objectifs

- Promouvoir une vision commune des priorités nationales de santé entre les différents acteurs.
- Contribuer à l'élaboration de politiques qui encouragent une plus grande participation du secteur privé au système national de santé.
- Construire une relation de confiance en améliorant la communication et la coordination entre les différents acteurs de la santé.
- Sensibiliser les différents acteurs sur la contribution positive des Partenariats Publics-Privés (PPP) à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins.

Les fonctions

- Développer des analyses afin d'instruire le processus de dialogue et identifier des PPP.
- Organiser des forums/rencontres pour discuter des politiques de partenariat, promouvoir et identifier des PPP.
- Faire davantage connaître les contributions positives des PPP sur la santé.
- Favoriser une communication large et régulière entre les différents groupes œuvrant dans la santé.
- Rendre chaque acteur responsable et assurer un suivi de cette responsabilité.

Principes directeurs

- Egalité entre les partenaires,
- Responsabilités communes,
- Transparence et la nécessité de rendre des comptes,
- Vision partagée sur les objectifs communs de santé,
- Engagement à travailler ensemble
- Respect des perspectives différentes.

FICHE TECHNIQUE N° 8 : ACCREDITATION

L'approche accréditation est une initiative destinée à améliorer la qualité de l'offre et de la demande de service. L'idée de mettre en place un processus d'accréditation permet de rehausser le niveau des indicateurs au sein des établissements de santé.

Les étapes de la mise en œuvre sont :

Étape 1 : La mise en place d'une **équipe de superviseurs pour l'accréditation** dans chaque région et district sanitaire.

Étape 2 : **L'analyse situationnelle sur la fonctionnalité des établissements sanitaires** en termes de ressources humaines, matérielles, financières, logistiques, de collaboration entre les acteurs et d'organisation.

Étape 3 : L'organisation d'ateliers d'**appropriation des outils d'accréditation** par des équipes cadre des districts sanitaires au niveau de chaque région, l'administration, le service de développement social, la FELASCOM et le conseil de cercle.

Étape 4 : La mise en place de **deux groupes de dialogue** qui constituent l'équipe de qualité veillant à la mise en œuvre du plan de qualité au niveau district et au niveau CScCom.

Étape 5 : L'identification des problèmes de qualité et des priorités :

- ✓ Organiser une rencontre entre l'équipe régionale de qualité et les représentants de la communauté sur la qualité ;
- ✓ Organiser une autre rencontre entre l'équipe régionale de qualité et les prestataires sur la qualité ;
- ✓ Organiser une rencontre conjointe entre les prestataires/communautés et l'équipe régionale pour la synthèse (priorisation des problèmes).

Étape 6 : La planification :

- ✓ Organiser une rencontre conjointe entre prestataires et les communautés pour l'élaboration d'un plan d'action commun prestataires, partenaires de proximité et communauté.

Étape 7 : La mise en œuvre du plan pour la qualité :

- ✓ Former les différentes équipes cadres en gestion de la qualité par rapport à l'accréditation ;

- ✓ Exécuter le plan d'action pour la qualité ;
- ✓ Assurer l'auto évaluation qui permet à l'établissement de réaliser son diagnostic- qualité pour l'amélioration continue de la qualité.
- ✓ Assurer les supervisions mensuelles pendant le premier trimestre, puis une fois tous les trimestres.
- ✓ Assurer le monitoring selon le rythme mensuel ou trimestriel établis dans le plan.
- ✓ Identifier les districts sanitaires ou CSCom les plus performants. Présélectionner les CSRéf/CSCom selon les grilles de sélection pour retenir les 4 à 5 premiers lors des deux (2) dernières supervisions trimestrielles par le niveau régional ou le niveau district.
- ✓ Faire l'audit externe en deux étapes :
 - **1^{ère} étape** : Examen du diagnostic fait et validation par le Comité Régional d'accréditation pour l'accréditation de CSRéf et comité local d'accréditation des CSCom.
 - **2^{ème} étape** : Évaluation de la mise en œuvre des plans d'action et validation de la sélection finale du CSRéf ou CSCom accrédité.
- ✓ Organiser les cérémonies officielles d'accréditation.

Les établissements de santé accrédités peuvent bénéficier d'une forme de motivation pour la qualité comme prime de qualité en espèce ; de décoration, de labellisation, de certification, de renforcement du stock de médicaments et autres intrants ; de renforcement de l'équipement ; de formations de courte ou longue durée ; de bibliothèques bleues et de voyages d'études.

- ✓ Evaluer l'approche.

C. FICHES TECHNIQUES PREVENTION DES INFECTIONS

FICHE TECHNIQUE N° 9 : POUR LE LAVAGE SIMPLE DES MAINS

- Réunir les matériels nécessaires pour le lavage simple des mains ;
- Enlever bague et bracelet ;
- Couper les ongles ;
- Mouiller les mains avec de l'eau ;
- Enduire les mains avec du savon ;
- Frotter énergiquement les mains l'une contre l'autre pendant 20 secondes ;
- Se rincer les mains avec de l'eau courante ;
- Essuyer les mains avec un linge individuel propre et sec ;
- Suspendre le linge ;
- Laisser sécher le savon à l'air libre.

FICHE TECHNIQUE N° 10 : SUR LE LAVAGE CHIRURGICAL

Aussi appelé la désinfection chirurgicale des mains, il comprend :

- La préparation ;
- Le lavage et la désinfection des mains ;
- Le Séchage des mains.

☞ Préparation :

Retirer les bijoux et les montres avant de se laver les mains afin de déloger les microorganismes. Les ongles doivent être courts et lisses.

☞ Lavage et désinfection des mains :

Il existe 2 techniques de lavage chirurgical des mains : le lavage avec un savon désinfectant et la friction avec un désinfectant alcoolique (ex : 2 ml de glycérine + 100 ml d'alcool à 70°).

☞ Séchage des mains :

Maintenir les mains plus hautes que le coude et détachées du corps selon deux techniques :

- les laisser sécher à l'air libre ;
- utiliser une serviette stérile.

Les deux types de lavage chirurgical des mains :

➤ **Le lavage chirurgical des mains avec un savon désinfectant**

Lors du lavage chirurgical des mains avec un savon désinfectant, les temps de contact sont déterminés en fonction du produit utilisé. Il s'effectue en 2 temps :

1^{er} temps :

- mouiller les mains et les avant-bras jusqu'au coude.
- actionner le levier à l'aide du membre inférieur et régler l'eau pour obtenir un débit et une température modérée ;
- frotter les mains et les avant-bras avec du savon désinfectant de préférence liquide durant le temps prévu sans ajouter d'eau.
- veiller à laver toutes les parties des mains ;
- utiliser une brosse douce pour les ongles et les espaces interdigitaux,
- brosser les ongles soigneusement ;
- rincer abondamment les mains et les avant-bras en veillant à ce que les mains restent plus haut que les coudes ;

2^{ème} temps :

- frotter les mains et les avant-bras avec le même savon durant le temps prévu sans ajouter d'eau. Veiller à laver toutes les parties des mains
- rincer abondamment les mains et les avant-bras de la même manière que précédemment.

➤ ***Le lavage chirurgical des mains avec une solution alcoolique***

On se lave soigneusement les mains selon la méthode de lavage des mains, suivi du séchage. On procède ensuite à une friction avec une quantité (suffisante) de désinfectant alcoolique en couvrant les mains et avant bras.

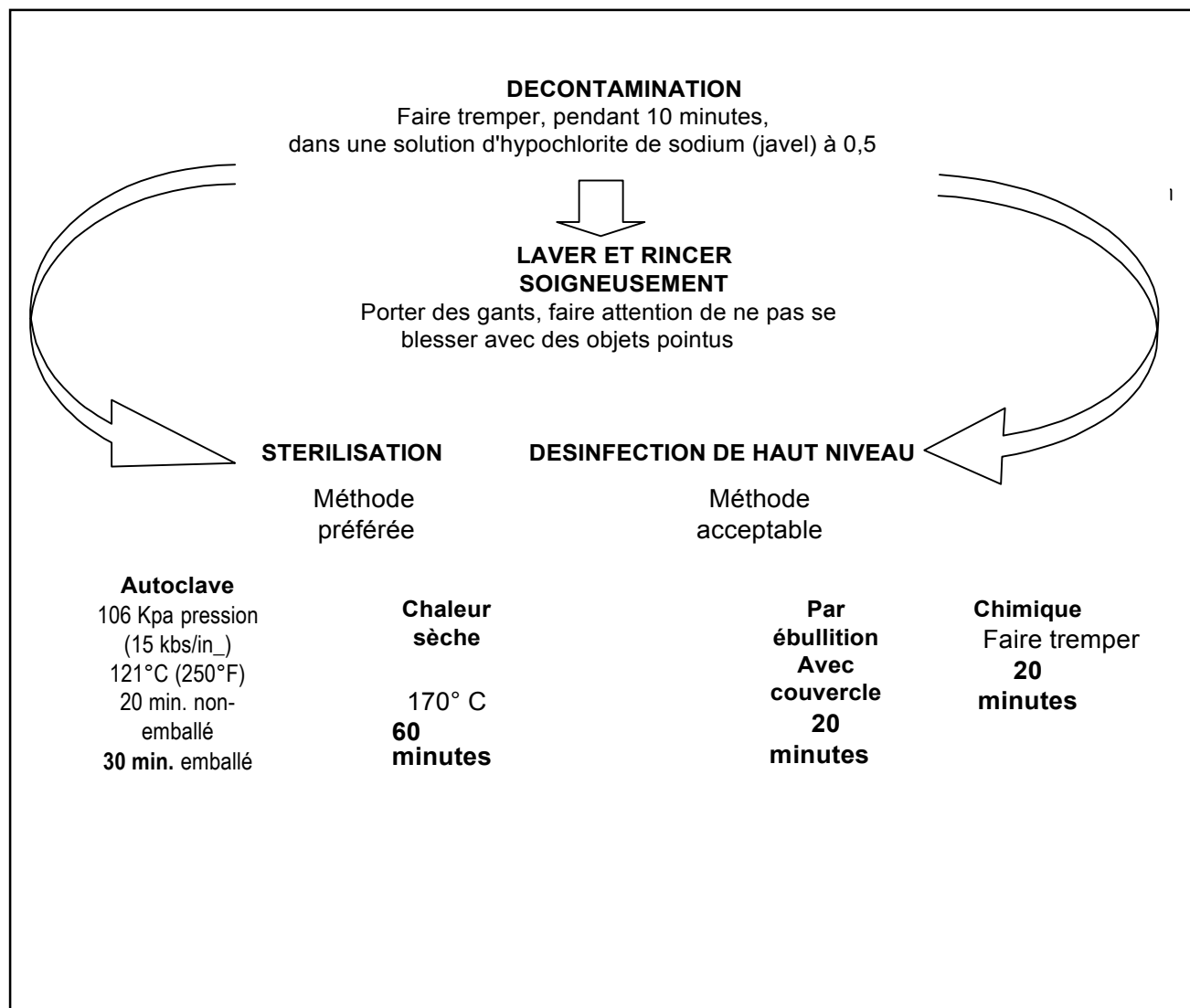
N.B : Lors des interventions successives, la préparation et la première partie de lavage (1er temps) n'ont pas lieu chaque fois. La deuxième partie par contre est nécessaire.

Le lavage chirurgical des mains est exigé dans les circonstances suivantes :

- avant toute intervention chirurgicale
- avant un accouchement
- avant de pratiquer des techniques invasives telles que la mise en place de cathéters veineux profonds, de biopsie.

N.B : Les mains une fois lavées ne doivent toucher à quelque objet que ce soit avant le port des gants stériles. Après le port des gants stériles seuls les objets et instruments stériles peuvent être touchés.

FICHE TECHNIQUE N° 11 : TRAITEMENT DES INSTRUMENTS ET AUTRES ARTICLES



LAISSER REFROIDIR Prêt à être utilisé*

* Les emballages stériles peuvent être conservés jusqu'à une semaine. Les articles non emballés devraient être gardés dans une boîte stérile ou désinfectée à haut niveau, avec un couvercle bien ajusté, ou devraient être utilisés immédiatement.

FICHE TECHNIQUE N° 12 : DE LA SUPERVISION FACILITANTE

1. Préparer la visite :

- Elaborer le calendrier de supervision ;
- Elaborer le plan de visite du superviseur :
 - définir les objectifs de la supervision ;
 - déterminer les activités et tâches à superviser et à réaliser ;
 - choisir les outils de supervision appropriés ;
 - déterminer le type de supervision à mener ;
 - évaluer les ressources nécessaires ;
 - informer le personnel à superviser et négocier la date ;
 - examiner les documents de la formation sanitaire.

2. Exécuter la supervision

Tenir une réunion d'information et de planification avec le personnel :

- Passer en revue le plan de la supervision et discuter des buts et objectifs de la visite ;
- Expliquer comment la visite sera menée ;
- Examiner les recommandations et les engagements pris à la dernière visite de supervision ;
- Discuter de la supervision des différents domaines d'activités ;
- Prévoir une réunion de résolution de problèmes avec l'équipe de la formation sanitaire.

Réaliser la supervision des différents domaines d'activités :

- Observer les pratiques et interventions cliniques ;
- Observer les pratiques de prévention des infections ;
- Observer les équipements et fournitures ;
- Observer le cadre de travail ;
- Observer le counseling et l'interaction client/prestataire :
 - S'auto évaluer
 - Corriger les erreurs constatée lors de l'observation ;
- Interroger les clients ;
- Relever les données statistiques.

3. Organiser une réunion avec le personnel

- Discuter des points forts et des points faibles du programme et des solutions à court et à long terme ;
- Organiser une réunion de synthèse avec le responsable de la formation sanitaire.

4. Elaborer un plan de résolution des problèmes avec le personnel

5. Rédiger un rapport de supervision dont une copie sera envoyée à la formation sanitaire supervisée et une autre à la hiérarchie.

6. Encourager la supervision interne

7. Aider le supervisé à améliorer ses performances

- Comparer les objectifs de performance du supervisé et les descriptions de son poste avec sa performance professionnelle.
- Etudier toutes les mesures disciplinaires qui ont pu être prises à l'encontre du supervisé.
- Déterminer la nature du problème et les dispositions que prévoient les règles et procédures de l'organisation.
- Essayer de déterminer les raisons qui expliquent l'écart entre les objectifs et les résultats avant d'interroger le supervisé en :
 - examinant sa situation personnelle ;
 - analysant ses rapports avec les autres agents ;
 - voyant s'il y a eu des changements récents dans la nature de son travail ou la composition du personnel de l'unité.
- S'entretenir avec l'agent en privé. Aller au-delà des objectifs de performance et des instructions données à l'agent et :
 - déterminer le niveau de compréhension de l'agent des tâches qui lui sont assignées ;
 - demander à l'agent de faire son évaluation de la situation ;
 - déterminer le comportement de l'agent vis-à-vis de son travail ;
 - déterminer l'aptitude de l'agent à effectuer le travail, aussi bien sur le plan de la formation que physiquement et mentalement ;
 - demander à l'agent son avis sur la façon de redresser la situation et décider ensemble ce qu'il faudra faire pour améliorer les performances.
- Prendre les mesures nécessaires au redressement de la situation :
 - revoir les tâches et les instructions, et s'assurer que l'agent comprend ce qu'on attend de lui ;
 - lorsqu'une formation complémentaire est nécessaire, prendre les dispositions pour en faire bénéficier l'agent (voir chapitre formation «former pour de bonnes performances» pour voir si la formation peut être une solution au problème) ;
 - exercer une supervision rapprochée et aider l'agent, en s'assurant qu'il a tout ce dont il a besoin pour mener à bien les tâches qui lui sont confiées, et qu'il sait qu'il peut demander l'aide du superviseur ;
 - laisser l'agent essayer d'améliorer ses performances et ensuite contrôler le travail qu'il a accompli ;
 - féliciter l'agent s'il améliore ses performances ;
 - le remplacer s'il n'est pas en mesure de faire le travail, si possible, ne pas garder avec soi un agent insatisfait.

FICHE TECHNIQUE N° 13 : AUDIT DES DECES MATERNELS ET NEONATALS

1. Généralités

L'évaluation de la qualité des services est une composante du programme de prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. L'une des méthodes les plus utilisées dans ce domaine est l'audit des décès maternels et des complications maternelles et néonatales graves.

1.1. Définition

C'est l'évaluation critique d'un système, d'une structure ou d'une unité de soins, destinée à en déceler et corriger les insuffisances. Elle concerne un sujet limité et procède par comparaison entre les résultats observés et ceux qui sont généralement admis. L'effet des propositions résultant de l'étude initiale est apprécié par un contrôle ultérieur.

1.2. Outils d'audit

- Les fiches d'audit ;
- Les dossiers des malades ;
- Les normes et protocoles ;
- Les registres des structures de soins.

2. Techniques d'audit

2.1. L'étude des décès dans les établissements de soins

Elle consiste à :

Rechercher de façon approfondie et qualitative les causes et circonstances entourant les décès maternels dans les établissements de soins de santé. Identifier lorsque c'est possible les combinaisons de facteurs dans les établissements et dans la communauté ayant contribué au décès et ceux qui étaient évitables.

2.2. L'enquête confidentielle des décès maternels

Consiste à rechercher de manière systématique pluridisciplinaire et anonyme portant sur la totalité ou sur un échantillon représentatif des décès maternels survenus au niveau local, régional ou national, qui permet de recenser leur nombre, leurs causes et les facteurs évitables ou remédiables qui leur sont liés.

2.3. Les échappées belles ou!«! near miss!»

Cette méthode permet l'identification et l'investigation des cas de femmes enceintes ayant survécu à des complications obstétricales.

2.4. L'audit clinique

C'est une revue systématique des soins prodigués par rapport à des critères précis et en procédant à des changements.

3. Etapes d'un audit de décès maternel

- Elaborer une fiche d'enquête ;
- Assurer la formation des enquêteurs ;
- Faire une réunion d'analyse ;
- Elaborer les recommandations ;
- Remettre les recommandations aux responsables administratifs et personnes concernées.

FICHE TECHNIQUE N° 14 : DECONTAMINATION DU MATERIEL AVEC LES COMPRIMES CHLORES EFFERVESCENTS « BIOSPOP »

Le chlore est l'un des désinfectants le plus utilisé pour la désinfection de l'eau. Il peut être appliqué pour la désactivation de la plupart des microorganismes et est relativement bon marché.

Les comprimés de chlore effervescent et granulés désinfectants « BIOSPOP » sont recommandés pour leur fiabilité ainsi que leur efficacité pour la désinfection. Ils sont une alternative à l'utilisation de l'eau de javel commercialisée dans notre pays et dont l'efficacité pose de plus en plus de problèmes en raison de la contrefaçon et des conditions de conservation. Le principe est simple : Ils contiennent du dichloroisocyanurate (donneur de chlore) qui est associé à d'autres composants effervescent sous forme de comprimé.

La solution désinfectante obtenue à partir de ces comprimés agit très rapidement avec un large spectre biocide. Elle est efficace sur les bactéries (Notamment : *clostridium difficile*, *E.coli*, *Vibrio cholerae*, *S. faecalis* etc..) ; les spores bactériennes ; les algues ; les champignons ; les protozoaires et les virus.

Avantage

- Efficace contre la plupart des bactéries, spores et virus ;
- Facile à manipuler en toute sécurité (précis dans le dosage) ;
- Moins toxiques et moins corrosifs que la plupart des composés chlorés ;
- Dissolution rapide (prêt à l'emploi en moins de 5 minutes) ;
- Utilisation sur une longue période (5 ans).

Mode d'emploi

DESIGNATION (Produits/Matériels)	MODE DE PREPARATION DE LA SOLUTION	TEMPS DE CONTACT (Durée de désinfection)
Désinfection des fluides corporels	Dissoudre 1 comprimé dans 100 ml d'eau	Minimum 2 minutes de contact.
Désinfection du matériel de laboratoire	Dissoudre 1 comprimé dans 400 ml d'eau	Toute une nuit.
Désinfection du matériel médical	Dissoudre 3 comprimés dans 5 litres d'eau	Minimum 1 heure de contact.
Désinfection générale	Dissoudre 1 comprimé dans 1 litre d'eau	Minimum 15 minutes de contact.
Désinfection des WC, lavabo etc.	Dissoudre 1 comprimé dans 2,5 litres d'eau	Les périodes de non utilisation.

FICHE TECHNIQUE N° 15 : NETTOYAGE (INSTRUMENTS)

- Placer les instruments dans un bac rempli d'eau propre avec un détergent non corrosif ;
- Démonter complètement les instruments et/ou les lames des instruments à jointure ;
- Laver toutes les surfaces des instruments avec une brosse ou du tissu jusqu'à ce qu'ils soient visiblement propres (en les tenant sous l'eau pendant le nettoyage) ;
- Nettoyer soigneusement les bords dentés des instruments (Exemple : Les branches des pinces d'hémostase) avec une petite brosse ;
- Rincer soigneusement toutes les surfaces avec de l'eau propre ;
- Essuyer tous les instruments ou les laisser sécher à l'air ;
- Essuyer les gants réutilisables ou les laisser sécher à l'air ;
- Enlever les gants de ménage et les laisser sécher à l'air.

FICHE TECHNIQUE N° 16 : Désinfection à haut niveau

➤ DHN par ébullition :

- Immerger entièrement les objets pré nettoyés dans de l'eau ;
- Mettre un couvercle sur le récipient et amener l'eau à ébullition complète à gros bouillons ;
- Commencer le chronométrage quand les bouillons commencent ;
- Ne rien ajouter à la marmite avant que l'ébullition ne commence ;
- Maintenir l'ébullition à gros bouillons pendant 20 minutes ;
- Enlever les objets avec des pinces DHN ;
- Utiliser immédiatement après les avoir séché à l'air ou les placer dans un récipient sec DHN à couvercle.

La conservation du matériel DHN est d'une semaine.

➤ DHN Chimique :

- Nettoyer soigneusement et sécher tout le matériel et tous les instruments après la décontamination ;
- Préparer une nouvelle solution de stérilisation chimique ou vérifier que la solution n'a pas dépassé la date limite ;
- Immerger les objets propres et secs dans la solution préparée ;
- Couvrir le récipient et tremper pendant 20 minutes (glutaraldéhyde à 2 % ou formaldéhyde à 8 %) ;
- Sortir le matériel et tous les instruments de la solution chimique en utilisant des gants DHN ou des pinces DHN ;
- Rincer soigneusement le matériel et tous les instruments avec de l'eau désinfectée à haut niveau (bouillie) pour enlever toute trace de désinfectant chimique ;
- Laisser sécher le matériel et les instruments à l'air libre ;
- Utiliser immédiatement le matériel et tous les instruments ou les placer dans un récipient DHN à couvercle ;
- Conserver pendant 1 semaine au maximum dans un bac désinfecté et couvert.

➤ Désinfection à haut niveau d'un récipient (BAC) :

- Faire bouillir le bac (s'il est petit) ou le remplir avec une solution chlorée à 0,5 % et laisser tremper pendant 20 minutes. (La solution chlorée peut être ensuite transférée dans un récipient en plastique et réutilisée) ;
- Rincer soigneusement l'intérieur avec de l'eau bouillie ;
- Laisser sécher à l'air libre avant utilisation.

FICHE TECHNIQUE N° 17 : STÉRILISATION

- Envelopper les instruments ;
 - Disposer les instruments sur des plateaux ou sur une couche de mousseline en utilisant du matériel correctement nettoyé ;
 - Envelopper les objets en utilisant la technique « enveloppe d'emballage » ou la technique « carré d'emballage » ;
 - Placer les paquets dans des tambours ou sur des plateaux pour la stérilisation par autoclave ;
 - Placer les paquets dans des tambours ou sur des plateaux pour la stérilisation à chaleur sèche.
- **Stérilisation physique**
- **Stérilisation par autoclave (chaleur humide) :**
 - Disposer les paquets et les objets non emballés dans la chambre de l'autoclave de manière à permettre la circulation libre et la pénétration de la vapeur au niveau de toutes les surfaces ;
 - Stériliser pendant 30 minutes les objets emballés ; pendant 20 minutes les objets non emballés (utiliser une montre pour le chronométrage) à 121°C (250°F) et 106 Kpa (15 lbs/in) ;
 - Attendre 20 minutes (ou jusqu'à ce que la jauge de pression revienne à zéro) pour entrouvrir la porte de l'autoclave et laisser la vapeur s'échapper ;
 - Laisser sécher complètement les paquets avant de les retirer ;
 - Placer les tambours stériles ou les paquets sur une surface couverte de papier ou de tissu pour éviter la condensation ;
 - Laisser refroidir les tambours ou les paquets jusqu'à ce qu'ils atteignent la température ambiante avant de les ranger ;
 - Noter les conditions de la stérilisation (temps, température et pression) sur le registre du traitement des instruments.
 - **Stérilisation au Poupinel (chaleur sèche) :**
 - Mettre les objets non emballés dans des récipients en métal et les paquets sur des plateaux ;
 - Mettre les objets au four et les chauffer à la température désirée ;
 - Commencer le chronométrage lorsque la température voulue est atteinte et garder la température pendant le temps recommandé (compter 60 minutes pour une température constante de 170°C) ;
 - Décharger avec des pinces stériles les paquets et les objets non emballés après les avoir laissés refroidir, les ranger dans des récipients stériles à couvercle.
- **Stérilisation chimique :**
- Préparer une nouvelle solution de stérilisation chimique ou vérifier que la solution n'a pas dépassé la date limite ;
 - Immerger les objets nettoyés et séchés dans une solution de glutaraldéhyde à 2 % ou de formaldéhyde à 8 % en recouvrant entièrement tous les objets ;
 - Recouvrir le récipient et laisser tremper pendant le temps approprié 8-10 heures pour le glutaraldéhyde et 24 heures pour le formaldéhyde ;
 - Sortir les objets de la solution chimique, en utilisant des gants stériles ou des pinces stériles ;
 - Rincer soigneusement les objets avec de l'eau stérile pour éviter tout résidu de stérilisant chimique ;
 - Utiliser immédiatement les objets ou les placer dans un récipient stérile couvert.

FICHE TECHNIQUE N° 18 : ELIMINATION DES DECHETS**➤ Elimination des objets pointus :**

- Porter des gants de ménage épais ;
- Mettre tous les articles pointus dans une boîte de sécurité ;
- Fermer soigneusement avec un ruban adhésif le récipient contenant les objets pointus ;
- Incinérer les boîtes de sécurité pleines contenant les objets pointus ou à défaut l'enterrer ;
- Se laver les mains gantées ;
- Retirer les gants ;
- Décontaminer les gants (Cf. fiche technique) ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec.

➤ Elimination des liquides contaminés :

- Porter des gants de ménage épais ;
- Verser lentement les liquides décontaminés dans une toilette munie de chasse d'eau ou une latrine ;
- Eviter l'éclaboussure ;
- Rincer abondamment les toilettes en évitant une éclaboussure ;
- Décontaminer le récipient ayant contenu le liquide contaminé ;
- Se laver les mains gantées dans l'eau de contamination ;
- Retirer les gants et les décontaminer ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec.

➤ Élimination des déchets solides :

- Porter des gants de ménage épais ;
- Mettre les déchets solides dans un bac en plastique ou en métal inoxydable avec des couvercles bien ajustés ;
- Vider les bacs contenant les déchets combustibles dans l'incinérateur ou brûler ;
- Enterrer les déchets non combustibles ;
- Se laver les mains gantées dans la solution de décontamination ;
- Enlever les gants et les immerger dans la solution de décontamination ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec.

FICHE TECHNIQUE N° 19 : POUR LA DESINFECTION ET LA DECONTAMINATION AVEC L'EAU DE JAVEL

Ce qu'il faut désinfecter	Comment désinfecter	Qté d'eau de javel à 12° pour 10 l d'eau/temps de contact.		Recommandations particulières
		Désinfection courante	Décontamination	
*Plancher (maternité salle de soins) *Paillasse (maternité salle de soins)	1 Nettoyage 2 Rincer 3 Passer la serpillière imbibée de solution d'eau de javel 4 Laisser en contact 5 à 15 mn 5 Rincer éventuellement	20 cl 5mn	1 litre 15 mn Augmenter la dose en cas de pollution importante	- Ne pas mélanger l'eau de javel aux produits de nettoyage. -La serpillière doit être javellisée, rincée, essorée, puis étalée et séchée à l'air après utilisation.
- Ustensiles du malade (crachoirs, urinoirs, bassins de lit, cuvettes)	1 laver 2 Rincer 3 Immerger de solution d'eau de javel 4 Laisser en contact 15 mn minimum 5 Rincer et sécher NB : Si le matériel est volumineux	1 litre 15 mn	1 litre 15 mn Cette dose peut être augmentée et même doublée en cas de nécessité	- Les déjections et les matières solides doivent être également désinfectées avant déversement dans les WC. - Veiller à la désinfection des eaux usées et ustensiles de lavage. - Ne jamais mélanger l'eau de javel avec détergent WC (ou tout autre produit acide).
Instruments et ustensiles en acier inoxydable	1 Décontamination (prélavage) 2 Javelliser 10 mn 3 Rincer 5 mn NB : La décontamination doit être suivie soit d'une désinfection courante après nettoyage et rinçage désinfection (après lavage et rinçage) javelliser 5 mn rincer et sécher immédiatement	20 cl 5 mn	1 litre 10 mn	L'acier inox doit être toujours javellisé à froid (30°C° sous cette condition les dosages préconisés n'altèrent en rien la qualité des surfaces.
Eaux usées de vaisselles de soins de lavage de mains etc.	1. Verser l'eau de javel dans les eaux usées avant évacuation 2. Attendre au minimum 5 mn puis faire couler l'eau pour rincer	40 cl 5 mn	40 cl 5 mn	- Si les eaux usées ont déjà été javellisées pendant l'emploi diminuer la dose de moitié.

FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Afin d'améliorer l'application sur le terrain et l'utilisation de ce document de procédures des services de santé de la reproduction, tous les utilisateurs sont invités à remplir cette fiche et à l'envoyer à la Division Santé de la Reproduction/Direction Nationale de la Santé/Ministère de la Santé - Bamako, après une période d'utilisation ayant permis de couvrir les procédés contenus dans ce document.

Renseignements vous concernant :

Noms (facultatif) : _____

Titre professionnel : _____

Lieu d'exercice : _____

Vos principales fonctions : _____

Vos appréciations sur les procédures des services de santé de la reproduction : _____

Date de réception des procédures de santé de la reproduction : _____

Indiquer les circonstances d'obtention de ce document :

- | | | |
|----|--------------------------------|----------------|
| a. | Séminaire de dissémination : | Oui/Non |
| b. | Supervision des services : | Oui/Non |
| c. | Formation du personnel : | Oui/Non |
| d. | Formation d'élèves/étudiants : | Oui/Non |
| e. | Autres : | |

Avant ces documents, avez-vous déjà utilisé des documents de procédures des services ? **Oui/Non**

Si **Oui**, quand et où ? _____

Quelles sont les sections de ces procédures que vous avez utilisées depuis que vous êtes en possession de ce document ? _____

Pour les procédures de santé de la reproduction que vous avez utilisées, veuillez indiquer celles qui sont incomplètes ou non réalisées : _____

Quels sont les éléments qui rendent **difficiles** l'utilisation de ces procédures de santé de la reproduction ?

Y a-t-il des imprécisions ou erreurs de fond que vous avez relevées dans ces procédures de santé de la reproduction ? _____

Pensez-vous que la présentation de ce document facilite son utilisation ? _____

Si **Non**, que suggérez-vous ? : _____

Pensez-vous que ce document vous aide dans votre travail quotidien!? **Oui/Non**

Si **Non**, que suggérez-vous ? _____

[illegible]

Merci de vos suggestions utiles pour l'amélioration de ces procédures de santé de la reproduction.

LISTE DES PARTICIPANTS

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	N°TEL	E MAIL
1.	M ^{me} KEITA Oumou KEITA	Ass. Med. Point focal PF/Genre	DNS/DSR	66 79 71 82 74 13 66 88	keitaoumou05@yahoo.fr
2.	M ^{me} DIALLO Rokia DIAKITE	Ass. Med. Chargée PF/ Genre	DNS/DSR	66 79 95 24	diakite_rokia@yahoo.fr
3.	D ^r Mahamadou TRAORE	Point focal césarienne	DNS/DSR	66 76 19 78	traormahamadou@yahoo.fr
4.	D ^r Safoura TRAORE	Conseillère PF	PKC	76 16 53 01	safoura.traore@co.care.org
5.	Oumou Modibo DIABATE	ODFC	DNP/MEFB	76 30 71 67	diabateoumou@yahoo.fr
6.	D ^r Gniéléba TRAORE	Inspecteur Santé	Inspection de la Santé	76 48 96 91	gneleba@yahoo.fr
7.	D ^r KEITA Fadima	Conseillère en Santé	GP/SP	66 78 44 93	fadimak1@htmail.fr
8.	M ^{me} DIARRA Haoua OUATTARA	Chargée Programme SAJ	DSR/DNS	66 73 06 11	mah_ouatt@yahoo.fr
9.	D ^r Fatalmoudou TOURE SIMBARA	Médecin	ASDAP	66 73 17 81	asdap@asdapmah.org
10.	DIALLO Mariam KONE	Chargée de formation	Projet jeunes	76 41 44 00	konemane2000@yahoo.fr
11.	M ^{me} CISSE Moussokoro SOULAKE	Chef section formation	DNP/MFPFE	76 45 73 55	msoulake2@yahoo.fr
12.	Fanta T. DIOP	Délégué Santé	C R F	72 02 89 74	croix-rouge.fr
13.	D ^r SANOGO Abdoulaye	Médecin SR	DRS/Tbouctou	74 06 20 87	drsab@yahoo.fr
14.	Sékou Oumar SAMAKE	Chef CPDS	DNPSES	75 31 34 37	sekouset@yahoo.fr
15.	D ^r Lassana KEITA	PNLT/DNS	DNS	66 71 10 93	lassanakeita970@yahoo.fr
16.	D ^r DIALLO Absfatou N'DIAYE	Chef DSC	INRSP	66 85 97 45	absatoudiaye@hotmail.com
17.	BOUARE Fatoumata KONE	Chef de section D.P.E	DNPFEF	76 36 46 03	k.bouafsatou@gmail.com
18.	M ^{me} DIABATE Fati BOCOUM	Chargée PS	ANEH	76 41 04 11	fatialy@yahoo.fr
19.	D ^r Tinzié GOITA	Médecin SR	DRS/Sikasso	76 05 17 02	tinzgoita@yahoo.fr
20.	Yacouba M. DICKO	Assistant Médical	DNS/DPLM	66 87 84 65	dickoyacou@yahoo.fr
21.	DOUMBIA Issa	Gestionnaire des S. Santé	DRH-SSDS	76 47 41 65	issafa2011@yahoo.fr
22.	Mamadou CAMARA	Chargé Hygiène Hospitalière	DNS/DHPS	76 04 41 74	madoucamara_1@yahoo.fr
23.	D ^r MBAYE Bambi BA	Médecin	PNLP	76 24 39 65	mbayebambi@yahoo.fr
24.	TRAORE Fatoumata Mary	Chef de Div. S. A. H.	DNDS	76 49 55 17	dedemarydnnds@yahoo.fr
25.	D ^r SIDIBE Aminata O. TOURE	Pédiatre	DNS/DSR	65 84 76 37	Amintas210@yahoo.fr
26.	Mamadou CAMARA	Commissaire aux comptes	Fenascom	66 78 63 61	fenascom@yahoo.fr
27.	M ^{me} KEITA Fatimata TOURE	Assistante Médicale	DNS/DSR	74 58 41 88	tour-fatmata@yahoo.fr
28.	M ^{me} SIDIBE Haby SOW	Assistante Médicale	DNS/DN	66 71 52 31	habygsow@yahoo.fr
29.	D ^r Moussa GUINDO	Médecin	DNS/Sté Scolaire	66 72 36 78/ 79 19 70 39	mguindoxxxx2004@yahoo.fr
30.	P ^r Zanafon OUATTARA	Urologue	CHU/GT	76 42 49 34	zanafonouattara@yahoo.fr
31.	D ^r Tiguida SISSOKO	Pt Focal PTME	DNS/DSR	76 21 90 55	tigui74@yahoo.fr
32.	D ^r SANGARE Assétou MAGUIRAGA	Responsable PF/VIH	CSLS/MS	66 71 84 83	asmaguiraga@yahoo.fr
33.	P ^r TEMBELY Aly	Chirurgien Urologue	CHU/Pt G	66 73 74 33	liatembely@yahoo.fr
34.	D ^r Marguerite DEMBELE	Chef Section SAJ	DNS/DSR	76 44 22 29	coulmarguerite@yahoo.fr
35.	Sékou DIARRA	Chargé RH/FC	DNS/Unité	76 47 51 36	seckoudiarra@yahoo.fr
36.	Oumar GUINDO	Informaticien	DNS	76 18 27 95	barouguindo@yahoo.fr
37.	D ^r Baboua TRAORE	Médecin	CADD	66 71 10 48	babouatraore58@yahoo.fr
38.	D ^r SIDIBE F. Maguiraga	CDA/SE	CNIECS	76 04 97 63	fatoumeg@yahoo.fr
39.	D ^r Amadou DIA	Medecin	CREDOS	66 72 46 47	docteurdia@gmail.com

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	N°TEL	E MAIL
40.	TOURE Halimatou TRAORE	Assistante Médicale	DRS/Gao	79 12 22 86	halimatoutraore@yahoo.fr
41.	D ^r Marie Léa DAKOUO BERTHE	Gynécologue	PSI/Mali	76 41 76 ...	mldakouo@psimali.org
42.	D ^r KALLE Safiatou	Gynécologue	CH Luxembourg	66 76 28 02	safiatoukalle@yahoo.fr
43.	M ^{me} SIDIBE Rokia BENGALY	Chargée SR	DRS/Ségou	66 82 42 92	rokiabengaly@yahoo.fr
44.	M ^{me} DIALLO Kadiatou DEMBELE	Chargé SR	DRS/Mopti	66 79 18 72	kadidiadembele2077@yahoo.fr
45.	Boubacar GUINDO	Chef de Projet	ONG - Santé Diabète	76 30 45 62	b.guindo@santédiabète
46.	Ibrahim NIATAO	Responsable Médical	ONG Santé Diabète		ibniatao@gmail.com
47.	D ^r KEITA Mamadou	Gynécologie		66 73 83 06	mamadou@yahoo.fr
48.	M ^{me} DICKO Fatoumata MAIGA	DGA	INFSS	66 74 96 42	fsdicho@yahoo.fr
49.	Diakaria KONATE	Chef Service	CNTS	76 26 11 05	diakaridia_k65@yahoo.fr
50.	D ^r TEGUETE Ibrahima	Gynécologie	CHU HGT	66 76 25 22	teguetibra@yahoo.fr
51.	D ^r Brahima MALLE		CHU/PG	78 45 07 18	malleb1@yahoo.fr
52.	D ^r TOURE Moustapha	Gynécologie	Hôpital du Mali	76 30 66 15	mtouregrendhi@yahoo.fr
53.	D ^r Zoumana DIAKITE	Gynécologie	GMM	66 72 70 89	
54.	D ^r KEITA Nadouba	Médecin	CPS/Santé	76 49 05 73	nadoubak@yahoo.fr
55.	M ^{me} KONATE Ramata FOMBA	Conseiller en SR/PF	ATN/PLUS	66 79 55 68	rkonate@atnsante.or
56.	D ^r Bassy KONATE	Médecin	Croix Rouge Malienne	76 17 24 40	bassykonate@yahoo.fr
57.	D ^r Ballan MACALOU	Gynécologie	Hôpital de Kayes	65 55 71 97	dr.balmac@yahoo.fr
58.	D ^r SYLLA Mala	Gynécologie	Hôpital Sikasso	66 69 00 42	hamasylla@yahoo.fr
59.	SANGARE Aissata	PF SONU	DRS/Kayes	62 48 41 98	sangaraissata@yahoo.fr
60.	M ^{me} Fanta COULIBALY	Chargée Communication	DNS/DSR	66 72 98 15	Coul_tim@yahoo.fr
61.	D ^r SIDIBE Bintou Tine TRAORE	Chef de Section	DNS/DSR	66 95 66 28	tinetrarore@sante.gov.ml
62.	D ^r KOREISSI Mariam	Médecin	CRLD	76 43 20 18	kocissimariam@yahoo.fr
63.	M ^{me} CISSE Mariam	Sage femme	CNOSF	76 47 35 55	ongilam@yahoo.fr
64.	D ^r KANE Famakan	Gynécologie	HSD/Mopti	76 30 86 78	kanef12@yahoo.fr
65.	D ^r KOKAINA Chaka	Gynécologie	HNF/Ségou	79 37 59 72	chakakokaina@yahoo.fr
66.	D ^r Bakary KONATE	Charge PF	DRS/KKRO	76 02 68 79	drkkoro@yahoo.fr
67.	D ^r LY Madani	Gynécologie	CHU/PG	78 77 19 90	madanily@sante.gov.ml
68.	Haoua DIALLO	Sage-femme		66 72 79 49	diallonsi@yahoo.fr
69.	M ^{me} KANE Fatimata KANE	Directrice Nationale	FCI	66 78 07 41	fkane@fcimail.org
70.	D ^r BAH Diaminatou SOW	DSC	MSI	73 48 18 76	diaminatou@msimali.ort
71.	P ^r Toumani SIDIBE	Pédiatre	CHU/GT	76 44 46 67	stoumani2012@yahoo.fr
72.	D ^r Sidiki KOKAINA	Médecin	DNS/DSR	66 79 16 07	skokaina66@yahoo.fr
73.	D ^r Daouda Makan TOURE	Pharmacie	DPM	76 01 24 45	touredaoudamakan@yahoo.fr
74.	D ^r SANE D'DIAYE MARIKO	Médecin	AMPPF	76 43 56 94	sanemali@yahoo.fr
75.	D ^r DICKO Aissatan	Médecin	DNS/DN	79 29 40 55	aissatayleali@yahoo.fr
76.	P ^r MAIGA Bouraïma	Chef Service	CHU/PG	66 78 25 28	dr.maiga@gmail.com
77.	D ^r Timothée GANDAHO	Directeur	ATN/Plus	76 24 82 40	tgandaho@atnsante.org
78.	Aphou Salle KONE	Radio	Hôpital Mali	66 73 25 29	aphousalle@yahoo.fr

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	N°TEL	E MAIL
79.	D ^r OUATTARA Aichata DIAKITE	Médecin	CNOM	66 74 70 63	aichata93@yahoo.fr
80.	D ^r TRAORE Diakalia	Médecin	CNAM	78 85 39 18	diack2@hotmail.com
81.	D ^r DIALLO Absatou N'DIAYE	Chef DSC	INRSP	66 85 97 45	abstoundiaye@hotmail.com
82.	Doudey MAIGA	Consultant OMD 5	Ambassade de Pays Bas	76 22 13 00	baracdmaiga@gmail.com
83.	D ^r Binta KEITA	Gynécologue	DNS	66 73 14 14	bintakeita00@yahoo.fr
84.	D ^r BAH Hamadoun	Médecin	DNS/DESR	73 33 45 22	50_hamadoun@yahoo.fr
85.	D ^r Yacouba SANGARE	CDS	DRS/Sikasso	76 08 22 04	yacousangare@yahoo.fr
86.	Mamadou KOITE	Chauffeur	DRS/Kayes		
87.	Abdoulaye DJIMDE	Chauffeur	DRS/Mopti	76 03 17 07	
88.	Ibrahim TRAORE	Chauffeur	DRS/Ségou	76 08 22 02	
89.	Allasane DEMBELE	Chauffeur	DRS/Sikasso		
90.	Malick KONE	Chauffeur	DNS/DSR	65 56 69 31	
91.	Mme CISSE Ami BAH	AS Med	DNS/DSR	76 48 08 48	nah_bahami@yahoo.fr
92.	Sirantou WAGUE	AS Med	DNS/DSR	66 91 31 31	sirantou2011@yahoo.fr
93.	Sira Fiy SISSOKO	Inspecteur du Trésor	DAF/Santé	76 02 00 27	sirfils@yahoo.fr
94.	D ^r PLES Bourima	DRS	DPSS	66 72 67 13	plesborma@yahoo.fr
95.	D ^r TOGO Boubacar	Pédiatre	CHU/GT	66 74 29 04	togoboubacar2000@yahoo.fr
96.	D ^r Noukoum KONE	DNAS	DNS	66 72 39 07	nkone63@yahoo.fr
97.	D ^r Chekina TOUKARA	DRS	Kidal	66 91 27 71	chekinads@yahoo.fr
98.	D ^r Abdou DOUMBIA	CNOP	SKO	66 73 39 09	conopophrmacienidia@yahoo.fr
99.	Pr Dafa DIALLO	Hématologue	FMPOS	66 75 37 02	dadiallo@icermali.org
100.	Pr Amadou DOLO	Gynécologie	CHU/GT	66 75 02 95	adolo@afribonemali.net
101.	D ^r BORE, Saran DIAKITE	Chef DSR	DNS/DSR	66 47 36 75	saranbore66@gmail.com
102.	M. Saidou COULIBALY	Informaticien	Personne ressource	73 82 76 56	coulibaly_saidou@yahoo.fr

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cahier du formateur en SR des jeunes adultes - *USAID/John Snow Inc/PDY, Septembre 2001.*
2. Manuel de référence de santé de la reproduction des jeunes adultes à l'intention des prestataires de services - *USAID/John Snow Inc/PDY, Septembre 2001.*
3. Module de formation des formateurs des relais pour l'offre de services à base communautaire, *Juin 2004.*
4. Politiques et Normes des services de santé de la reproduction - *Ministère de la Santé - Mars 2000.*
5. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale - *WHO/RHR.OO.02 - Deuxième édition.*
6. Procédures des services de santé de la reproduction - *Ministère de la Santé - Mars 2000.*
7. Protocole des services de santé familiale - Composantes communes/*Ministère de la santé publique ; DSF ; Bénin. Novembre 2002.*
8. Protocoles des services de SR au TOGO, *Ministère de la Santé du Togo, D. Santé Familiale - SFPS/USAID, 2000.*
9. The essentials of contraceptive technology - *Johns Hopkins Population Information Program - Edition 2003.*