### PAZD II 1ère ligne Renforcement de capacités

# Service 2: Formation de Base en Gestion des circonscriptions sanitaires

#### Module 1

Renforcement des compétences stratégiques:

vision - mission - valeurs.

Module 2

Renforcement des compétences relationnelles:

Travailler en équipe.

Module 3

Renforcement des compétences techniques :

Planifier par objectif et gestion axée sur les résultats - Notion d'indicateurs.

Manuel du formateur

**Dr Isaline Greindl** 

# Liste des abréviations

**AEDES** Agence Européenne pour le développement et la santé

APC Activité privée complémentaire

ΑT Assistance Technique CI Centre intermédiaire

**CNAM** Caisse Nationale d'assurance maladie

CS Circonscription sanitaire CSB Centre de santé de base Dossier d'Appel d'Offres DAO

DEP Direction des études et de la planification

Directeur d'Hôpital DH DP **Devis Programme** 

DRP Direction Régionale de la Prévention

DRS Direction régionale de la santé

Direction des soins de santé de base DSSB DUE Délégation de l'Union Européenne

GAR Gestion axée sur les résultats

HJ Homme/jour

HTA Hypertension artérielle

INAS Instance nationale d'accréditation en santé

**MCCS** Médecin Chef de Circonscription

MNT Maladie non transmissible

MS Ministère de la Santé

**PNDCS** Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires

**PSN** Plan stratégique national RHRessources humaines S&E Suivi et évaluation SG Surveillant Général

Soins obstétricaux d'urgence SOU

SSB Soins de santé de base SSP Soins de santé primaires TDR Termes de référence UE Union européenne

**UGP** Unité de Gestion de Projet

**UNICEF** Fond des Nations Unies pour l'enfance

### Table des matières

	Le conte	xte de la formation	5		
	Principa	es thématiques de formation	5		
	Bénéficiaires de la formation				
1		e 1 : Renforcement des compétences stratégiques des équipes de circonscription			
Sã	anitaire : \	/ision, Mission, valeurs	7		
	1.1 P	résentation du Module 1	9		
	1.1.1	Objectifs du module	9		
	1.1.2	Contenus du module	9		
	1.2 P	rincipaux concepts: Compétences stratégiques, vision, mission, valeurs	9		
	1.2.1	Compétences stratégiques	9		
	1.2.2	La vision	11		
	1.2.3	La Mission	11		
	1.2.4	Les Valeurs	13		
	1.3 L	es principes qui guident le développement des circonscriptions sanitaires	15		
	1.4 N	lission, rôle et structures opérationnelles de la circonscription sanitaire	15		
	1.4.1	Qu'est-ce que la circonscription sanitaire ?	15		
	1.4.2	Mission de la circonscription sanitaire	17		
	1.4.3	Les structures opérationnelles de la Circonscription Sanitaire	19		
	1.4.4	Composition et rôle de l'équipe de gestion de la CS	19		
	1.5 P	erspectives	21		
	1.5.1	Médecine de famille	24		
	1.5.2	Collaboration public-privé	25		
2	Modu	le 2: Renforcement des compétences relationnelles, travailler en équipe dans une CS.	27		
	2.1 P	résentation du module	29		
	2.1.1	Objectifs du module	29		
	2.1.2	Contenus du module	29		
	2.2	uelques concepts à propos du travail d'équipe:	31		
	2.2.1	Qu'est-ce qu'une équipe de travail?	31		
	2.2.2	Le travail d'équipe repose sur la communication	33		
	2.2.3	Communication digitale et communication analogique	35		
	2.3	rganisation de la réunion à partir de règles communes de Communication et de			
		nement	37		
	2.3.1	Quelques règles de base à respecter	37		

	2.3.2		Les temps et types de réunion d'équipe	41
	2.4	Aniı	mation et direction des réunions	43
3	Mo	dule	3 : Planification et gestion axée sur les résultats	45
	3.1	Des	cription du Module 3: Planification et gestion axée sur les résultats	47
	3.1	.1	Objectifs du module	. 47
	3.1.2		Contenus du module	. 47
	3.2 Concepts et définitions : gestion axée sur les résultats, cycle de planification, app « système = INPUT – PROCESS – OUTPUT - OUTCOME » IP-P-OP-Oc		47	
	3.2	.1	Gestion axée sur les résultats	. 47
	3.2.2 3.2.3		Cycles de planification	. 49
			Principales étapes de la planification	53
	3.2.4 OC)		Approche systémique de l'organisation: INPUT-PROCESS-OUTPUT-OUTCOME (IP-P-55	OP-
	3.3	Plar	nification opérationnelle de la CS	59
	3.3	.1	Mots clés	. 59
	3.3.2 3.3.3		Comment y arriver ?	. 59
			Les Etapes de la planification de la circonscription sanitaire	61
	3.4	Ana	lyse de situation (Première étape de la planification)	65
	3.4.1		Introduction à l'analyse de situation	65
	3.4.2		Domaines couverts par l'analyse de situation	67
	3.5	Dét	erminer des objectifs. (Deuxième étape de la planification)	69
	3.5	.1	Une planification très opérationnelle	69
	3.5.2 3.5.3		Détermination d'objectifs et de résultats attendus	69
			Exemples d'objectifs à atteindre	71
	3.6	Dét	erminer comment atteindre les objectifs fixés (Troisième étape de la planification)	73
	3.7	Que	elques notions d'indicateurs	. 75
	3.7.1		Définition des indicateurs	. 75
	3.7	.2	Choix des indicateurs	. 79
	3.7	3	Type d'indicateurs	80

## Introduction

#### Le contexte de la formation

La formation des équipes de CS en gestion répond à un besoin exprimé principalement par la DSSB de poursuivre le travail entrepris depuis une vingtaine d'années. En effet, le Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires (PNDCS), a été créé en 1994 afin de concrétiser la réforme de la première ligne des soins de santé initiée au début des années 1980. Sous la responsabilité de la DSSB, le PNDCS visait à rendre les circonscriptions sanitaires fonctionnelles c'est-à-dire à développer des systèmes de santé locaux répondant aux critères de qualité de service, de bonne gestion et d'efficience.

Une évaluation du PNDCS a été effectuée en 2013¹ et la DSSB a prévu d'organiser un atelier de suivi des recommandations de cette évaluation avec l'appui de l'UNICEF en Novembre 2014. Les formations proposées devraient tenir compte des conclusions de cet atelier.

Elles devront aussi tenir compte des évolutions et des réformes en cours telles que la création de la CNAM (2007), le développement du secteur privé, la réforme de l'enseignement de la médecine de famille au niveau des facultés de médecine (Décret de 2011), le dialogue sociétal sur la réforme du secteur de la santé (2012) et la création d'une instance nationale d'accréditation des établissements de santé (2013). Les réformes du secteur santé ne sont pas encore formulées dans un document de politique nationale de santé ni dans une ligne stratégique définie mais la volonté de réformer en profondeur le secteur santé et en particulier la médecine dite « De Proximité » est clairement exprimée dans le dialogue sociétal². Le chapitre 10 « Rapprocher les services du citoyen en recentrant le système autour du citoyen » recommande de repositionner la circonscription sanitaire en dialogue avec les citoyens.

#### Principales thématiques de formation



<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. Moncef Sidhom Mohamed Chahed, Vincent De Brouwere. Rapport d'une mission auprès de la Direction des Soins de Santé de Base, organisée par l'UNICEF du 9 juin au 16 septembre 2013.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Comité technique du dialogue sociétal 2014. Dialogue sociétal, santé en Tunisie Etat des lieux.

#### Bénéficiaires de la formation

Les équipes de gestion des circonscriptions sanitaires : le directeur de la CS, responsable administratif et financier, le médecin chef de la circonscription, responsable technique, le surveillant général de la CS et le pharmacien.

1 Module 1 : Renforcement des compétences stratégiques des équipes de circonscription sanitaire : Vision, Mission, valeurs.

#### Introduction générale de la formation :

#### Expliquer le contexte et le but général de la formation

#### Présentation des participants :

- ⇔ Chacun des participants à tour de rôle se présente et dit d'où il vient et ensuite:
- ⇔ Explique sa place dans le système de santé tunisien.
- Explique le résultat qu'on attend de lui et quelles sont ses principales responsabilités.

#### Présentation des formateurs.

- ⇔ Chaque formateur se présente et ensuite :
- ⇔ Explique le résultat qu'on attend de lui dans cette formation.

#### Introduction du module 1 :

Introduction du module 1 et Présentation des objectifs et du contenu du module 1 sur PowerPoint.

Introduction des notions de base : compétences stratégiques, mission, vision, valeurs à l'aide des PowerPoint.

#### 1.1 Présentation du Module 1

#### 1.1.1 Objectifs du module

#### Ce module a pour objectif:

- De connaître la vision et la mission de la circonscription sanitaire: Donne la direction, le sens.
- **De préciser** le rôle attendu d'une équipe de circonscription sanitaire.
- De renforcer la capacité de chaque membre de l'équipe de **situer son action dans une perspective de long terme** et en repérant et saisissant les opportunités à court terme ;
- **De rendre explicites** les valeurs communes qui peuvent guider le développement des circonscriptions sanitaires et comprendre quelles sont les valeurs qui guident les Soins de Santé Primaires (Rapport OMS 2008 SSP plus que jamais)

#### 1.1.2 Contenus du module

- **Principaux concepts:** Compétences stratégiques, vision, mission, valeurs.
- Valeurs qui guident le développement des CS
- Mission de la circonscription sanitaire et rôle de l'équipe de gestion
- **Perspectives:** Emergence de la Médecine de famille, parcours de soins, collaboration public/privé.

#### 1.2 Principaux concepts : Compétences stratégiques, vision, mission, valeurs

#### 1.2.1 Compétences stratégiques

Les compétences stratégiques: Les compétences stratégiques sont « la capacité de situer son action dans une perspective de long terme et en repérant et saisissant les opportunités à court terme. »

#### Elles impliquent les compétences suivantes :

- 1. Connaître les spécificités et les enjeux sectoriels dans le contexte du pays.
- 2. Avoir un sens politique.
- 3. Réfléchir en termes stratégiques.
- 4. Générer le changement stratégique.
- 5. Travailler en réseau.

Pour pouvoir exercer ses compétences stratégiques, il faut avoir une marge de manœuvre suffisante.

La planification est aussi un travail d'organisation dans le temps des actions à mener, après une indispensable phase de priorisation. Mais, une bonne priorisation nécessite une vision claire, traduisible en stratégie, c'est-à-dire, une anticipation sur le *comment* va-t-on procéder ? Pour bâtir un système, il ne suffit pas de juxtaposer des ressources, il faut bâtir une expérience, une histoire, renforcer ou établir les liens et les interactions entre les éléments du système. Autrement dit, il faut avoir une idée assez claire des services de santé que l'on peut raisonnablement attendre et de la manière d'y arriver, progressivement, pas à pas, ... avec les ressources existantes.

Il est également nécessaire de définir quelles seront les relations entre ces services de santé, comment ils vont s'articuler pour couvrir au mieux les besoins de santé de la population.

#### Présentation des différentes définitions à l'aide des PowerPoint

#### **Compétences stratégiques**

Vision – mission – valeurs ou principes

L'énoncé de la vision doit être clair, bref, positif et inspirant. Il doit exprimer des projections dans le futur. Il devrait contenir les éléments suivants :

- 1. un but significatif qui explique la raison d'être de l'organisation : Quel est le cœur des activités de l'organisation?
- 2. une **image du futur** qui présente l'**objectif ultime** et pas uniquement le processus pour l'atteindre : Quel est le futur souhaité?
- 3. des valeurs claires qui fournissent les lignes directrices guidant la poursuite du but et le cheminement vers le futur souhaité. Elles doivent être décrites explicitement, de façon à influencer les comportements quotidiens des membres de l'organisation :

  Quelles sont les références culturelles communes aux membres de l'organisation qui ont une incidence positive sur la vision et les pratiques au sein de celle-ci?

#### 1.2.2 La vision

« L'élaboration d'une vision stratégique fait partie des nouveaux outils de gestion utilisés pour favoriser l'adaptation, la transformation et la performance des organisations. Les dirigeants, tant du secteur privé que du secteur public, l'utilisent pour **déterminer la direction** dans laquelle l'organisation doit aller.»<sup>3</sup>

La vision est la représentation de ce que l'organisation veut devenir. Elle lui indique le **chemin à prendre** entre le présent et l'avenir. Elle lui fournit un éclairage qui guide ses actions et ses décisions quotidiennes, afin que tous travaillent ensemble pour atteindre les mêmes buts.

#### 1.2.3 La Mission

La mission représente la **raison d'être** de l'organisation, le **cœur de ses activités**, son **core business**.

La mission énonce succinctement le rôle de l'organisation, ses buts, la clientèle qu'elle dessert, le secteur géographique dans lequel elle œuvre et ce qui la distingue. Il s'agit d'un message simple par lequel l'organisation communique à l'externe quelles sont ses principales activités et comment elle les accomplit.

#### Exemple : la mission du Ministère de la santé Tunisien (2014)

« Le ministère a pour principale mission de veiller sur la santé de la population dans le but de permettre le développement harmonieux de ses facultés physiques et mentales et de son adaptation au milieu naturel et à l'environnement social du pays. Ses moyens incluent la lutte contre les causes de détérioration du bien-être physique ou mental qui peut l'affecter individuellement ou collectivement. À ce titre, il élabore pour le gouvernement la politique de santé publique, la planifie, veille à sa mise en œuvre et en contrôle l'exécution dans les domaines de la prévention, des soins, du médicament, des stupéfiants et des laboratoires et de la réadaptation<sup>4</sup>. »

Dans un plan stratégique, la mission s'exprime sous forme de mandat et traduit la raison d'être de l'organisation. Habituellement, le mandat se compose de quatre éléments :

- Quelle est l'organisation?
- Quel est son but ou quels sont ses objectifs?
- À qui sont destinées ses activités et qui y participe?
- Comment cela fonctionne-t-il?

-

<sup>3 «</sup> http://www.mce.gouv.qc.ca/planification-strategique/elements/index.html#vision »

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Mission du Ministère de la santé Tunisien, wikipedia.

#### Pour expliquer la notion de valeurs et de principes :

#### Exercice sur les critères de choix en plénière:

« Vous devez acheter une nouvelle voiture : Identifiez trois critères qui vont guider votre choix et classez les par ordre de priorité décroissante (+++, ++, +)

Exemple de critères de choix : le coût, l'espace, la robustesse, la solidité, le rapport qualité/prix, le confort etc.... »

Chacun des participants écrit pour lui-même 3 critères de choix.

Mise en commun : Le formateur met en évidence de la diversité des critères de choix qui sont liés au contexte de chacun, à l'utilisation qui sera faite du véhicule, aux valeurs individuelles. Il montre qu'il n'est pas évident de se mettre d'accord sur des critères de choix communs.

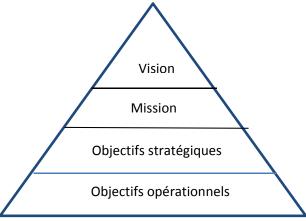
Il en va de même pour le système de valeurs

Exposé sur les principes qui guident les réformes du système de santé à l'aide des PowerPoint

#### 1.2.4 Les Valeurs

Un certain nombre de grands principes où de valeurs guident les choix politiques et stratégiques en matière de santé. Rendre explicites ces valeurs communes permet de constituer un cadre cohérent en vue de préciser quel est le système de santé souhaité.

Les Valeurs forment le cadre dans lequel nous travaillons. Au sein des organisations où la vision et la mission sont moins explicites, la prise de décision se fait davantage sur base du cadre de référence des valeurs de l'entreprise que sur base d'un consensus interne formalisé par la vision, la mission ou la stratégie.



#### Exemple de valeurs : Les principes qui guident les réformes du système de santé

L'Assemblée mondiale de la santé, en 2009, dans sa Résolution AMS 62.12, réitère quatre grandes orientations politiques<sup>5</sup> pour réduire les inégalités en matière de santé et améliorer la santé pour tous :

- Remédier aux inégalités en s'orientant vers une couverture universelle,
- Mettre la personne au cœur de la prestation de services,
- Entreprendre une action multisectorielle et intégrer la santé dans les politiques publiques
- Assurer une direction globale et une gouvernance efficace dans le domaine de la santé.



<sup>-</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Orientations proposées dans le Rapport sur la santé dans le monde, 2008, publié à l'occasion du trentième anniversaire de la Conférence internationale d'Alma-Ata

# Exercice en plénière sur les critères de valeurs qui guident le développement et la gestion des circonscriptions sanitaires.

Comme responsables de circonscription sanitaire : identifiez les trois principaux critères de valeur qui vont guider vos choix stratégiques. Donnez pour chaque critère retenu une définition précise.

Souhaiteriez-vous ajouter d'autres principes ou valeurs? Lesquelles? Ces valeurs doivent être explicitées et partagées par les acteurs en présence.

#### Mission de la circonscription sanitaire : Rappel à l'aide des PowerPoint.

Nous commençons par un rappel des concepts basé essentiellement sur le décret N°2000-2825 relatif à l'organisation des circonscriptions sanitaires et sur le manuel : «Programme de développement des circonscriptions sanitaires. Concepts et mise en œuvre », rédigé en 1999 par la DSSB avec l'appui de l'UNICEF.

Il s'agit de rappeler et éventuellement ajuster à la lumière des évolutions récentes le rôle de la circonscription sanitaire, sa mission, sa marge de manœuvre, sa place dans le système de santé: Gouvernance, équité, synthèse situation sanitaire, rationalisation et qualité offre de soins, collaboration public-privé, formation continue, collaboration intersectorielle en faveur de la santé.

# 1.3 Les principes qui guident le développement des circonscriptions sanitaires

Le programme de développement des circonscriptions sanitaires rappelle les principes de base :

- **Un principe d'équité**: assurer à l'ensemble de la population l'accès à une même qualité de soins ;
- **Un principe d'efficience** : utiliser le niveau le plus avantageux du point de vue du rapport coûtefficacité pour résoudre un problème donné ;
- **Un principe de promotion humaine**: faire reconnaître et valoriser le travail de chaque niveau par le niveau le plus haut placé de l'organisation sanitaire

#### Par exemple « les soins centrés sur la personne», qu'est-ce que cela signifie ?

Les soins intégrés placent le patient au centre d'une approche globale de prestations de service. La perspective du patient devient le principe organisateur de cette nouvelle approche et remplace les modèles classiques de la dispensation de soins de santé dirigés par l'offre, en mettant l'accent sur une liberté de choix socialement justifiée. L'approche intégrée mène à des soins de santé et un soutien social qui sont flexibles, personnalisés et sans perte de continuité. Le patient est le coordinateur de ses propres soins, et le porteur de sa propre information concernant sa santé. «Le patient au centre» signifie que la dispensation des soins s'opère le plus près possible du milieu naturel de vie du patient. Le patient est guidé, coaché, conduit et renforcé par les professionnels («patient-empowerment»).

#### D'autres valeurs peuvent guider le développement des CS:

L'équité: Tout citoyen a le droit d'accéder/ de bénéficier de la même manière au paquet de service offert par la CS.

**Une communauté protégée**: préserver et promouvoir la santé du citoyen par l'élaboration des politiques pour la santé.

La participation communautaire : faire participer des représentants de la communauté en dynamisant le conseil local de santé.

**L'efficienc**e: optimiser les moyens disponibles pour atteindre les résultats attendus vu le contexte actuel du pays et qui ne peut pas supporter des ressources supplémentaires.

**Les soins centrés sur la personne**: Prise en charge globale et intégrée se basant sur la personne et non pas sur la pathologie. Pour humaniser la prise en charge

#### 1.4 Mission, rôle et structures opérationnelles de la circonscription sanitaire

#### 1.4.1 Qu'est-ce que la circonscription sanitaire?

« La circonscription sanitaire(CS) est définie comme une entité fonctionnelle organisée territorialement sur une zone géographique bien délimitée desservant une population relativement homogène sur le plan socio-économique et exposée aux mêmes types de problèmes et risques sanitaires.

Le formateur rappelle quels sont la mission, le rôle et les structures opérationnelles de la circonscription sanitaire.

Il s'appuie sur les PowerPoint.

Il peut se référer aussi aux textes du décret N°2000-2825 du 27 Novembre 2000, relatif à l'organisation des circonscriptions sanitaires..

La délimitation géographique peut concerner plusieurs délégations administratives ou se limiter à une seule délégation quand la superficie et la taille de la population de celle-ci justifient une CS individualisée.

Dans tous les cas, les problèmes inhérents à l'accessibilité géographique, doivent être pris en considération afin de permettre une liaison facile et rapide entre le chef-lieu de la circonscription et les centres périphériques.

La circonscription sanitaire comprend trois niveaux de structures opérationnelles : les équipes itinérantes, un réseau de centres de santé de base (CSB) et un niveau de référence (hôpital de circonscription, centre de santé intermédiaire ou le cas échéant hôpital régional).

Sur le plan de l'organisation fonctionnelle, la CS dispose d'une **autonomie de gestion administrative et financière**. Elle a une **direction collégiale** dans laquelle le directeur administratif de la CS se fait aider dans sa gestion par le médecin chef de la circonscription et le surveillant général de la CS. »

#### 1.4.2 Mission de la circonscription sanitaire

La CS a une responsabilité globale vis-à-vis de l'état de santé de sa population, responsabilité qui est opérationnalisée à travers une double mission :

- Une mission spécifique de prise en charge de la population à travers les structures et les activités sur lesquelles la CS exerce une autorité directe.
- Une mission de coordination intersectorielle : avec les intervenants du secteur santé et avec les intervenants extra-sanitaire

Il s'agit de revoir la mission de la circonscription sanitaire à la lumière des évolutions récentes et de la volonté de revaloriser les soins de proximité.

«Le repositionnement de la circonscription (CSSB, hôpital de circonscription ou centre de santé intermédiaire, hôpital régional) suppose avant tout un signal fort indiquant un changement de paradigme.... La définition des « services de proximité » devra être bien comprise et articulée à travers un dialogue avec les citoyens. Une adaptation locale en fonction des besoins propres aux différentes communautés pourrait être envisagée, dans le cadre d'une autonomie accrue du niveau local et régional, du renforcement de la participation citoyenne à ces niveaux, et également d'une responsabilisation pour la prise en charge d'une « population » et l'atteinte de résultats en terme de recours des services de santé, de parcours de soins, de mécanismes de coordination à travers la filière de soins, et de résultats de santé publique.»

Lors de la formation des formateurs, des recommandations ont été faites concernant la mission de la CS :

• La mission reste d'actualité mais il faut revoir les textes de lois qui doivent être harmonisés au sein d'un même niveau et entre les différents niveaux.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Livre blanc, conférence sur la santé. Préparation du dialogue sociétal.

- La mission spécifique de la CS qui consiste à prendre en charge la population à travers les structures et les activités sur lesquelles elle exerce une autorité doit être complétée par le développement de partenariat avec le secteur privé.
- La communauté devrait être associée à la prise de décision.

Pour réaliser le concept de circonscription sanitaire, le programme national de développement des CS a défini cinq axes ou leviers d'intervention dès sa conception en 1994:

- 1. **La régionalisation** signifiant le rôle moteur et la responsabilité des Directions Régionales dans la réussite du programme;
- 2. L'accompagnement régional pour la création, le soutien et le suivi des C/S (Services régionaux des soins de santé de base, de l'hygiène du milieu et de la médecine scolaire et universitaire) ;
- 3. La promotion du profil de « médecin de famille » grâce à la formation aux soins centrés sur le patient qui permet la réponse aux besoins individuels avec la participation du patient (dans la relation patient-médecin);
- 4. L'organisation de la C/S pour coordonner la réponse aux besoins de la communauté grâce au travail en équipe, une interaction avec la communauté et un statut visant une autonomisation gestionnaire progressive (création, nomination)
- 5. La recherche-action pour aider à la décision et la documenter

#### 1.4.3 Les structures opérationnelles de la Circonscription Sanitaire<sup>7</sup>

L'organisation opérationnelle des services médicaux a pour but de mettre les soins de santé à la disposition de la population, et en particulier des malades. C'est pour eux que sont organisés les services de santé.

La circonscription sanitaire comprend les centres de santé de base (CSB) et l'hôpital de circonscription.

Le Manuel rédigé par la DSSB avec l'appui de l'UNICEF décrit précisément les fonctions, les rôles ainsi que la composition des équipes des différentes structures opérationnelles.

#### 1.4.4 Composition et rôle de l'équipe de gestion de la CS

L'équipe de gestion de la circonscription sanitaire est composée du directeur de la CS, responsable administratif et financier, du médecin chef de la circonscription, responsable technique, du surveillant général de la CS dont la responsabilité concerne principalement les relations avec le personnel paramédical et la participation à l'encadrement des prestations curatives, préventives et éducatives réalisées par ce personnel et du pharmacien (Ceci a été rajouté par la suite).

Cette équipe a la mission d'assurer la cohérence du système de santé de la CS et de le dynamiser.

Sont ensuite décrits les rôles respectifs de chacun des membres de l'équipe. Parmi les éléments essentiels on retrouve des rôles spécifiques à chacun et des rôles partagés<sup>8</sup>:

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> MSP, DSSB Programme de développement des circonscriptions sanitaires. Concepts et mise en œuvre. Manuel réalisé par la DDSB avec le soutien de l'UNICEF. Février 1999

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Décret N° 2000-2825 du 27 Novembre 2000, relatif à l'organisation des circonscriptions sanitaires.

#### Directeur de la circonscription :

- Etablir le plan d'action avec l'équipe de circonscription
- Faciliter les activités et participer à leur mise en place et à leur suivi.

#### Médecin-chef de la circonscription:

- Programmer avec le directeur de la CS l'affectation et le mouvement du personnel ainsi que la répartition des tâches entre les différents membres de l'équipe ;
- Coordonner st superviser les activités du personnel technique ;
- Participer aux activités des différents conseils sanitaires;
- Dynamiser l'approche communautaire en matière de santé et assurer le rôle de conseiller auprès des autorités ;
- Organiser et participer à la formation des équipes médicales et paramédicales ;
- Contrôler la collecte systématique des données, les analyser avec l'équipe de CS et apporter les mesures correctrices nécessaires ;
- Assurer la liaison avec les équipes techniques de la direction régionale (DRS) et les services techniques de l'hôpital régional et/ou universitaire.

#### Surveillant général de la circonscription :

- Coordination des activités entre les différents personnels et mise en œuvre des décisions de l'équipe de gestion de la CS et des recommandations du conseil de santé en concertation avec les surveillants des différentes structures sanitaires publiques de la circonscription.;
- Contrôle et supervision des activités préventives et curatives et des mouvements du personnel paramédical ;
- Gestion des fournitures et des équipements affectés aux centres de santé ;
- Collecte des données sanitaires et acheminement vers les différents niveaux ;
- Organisation de la formation continue du personnel paramédical.

#### Pharmacien:

- Le pharmacien de la circonscription est chargé de :
- La gestion des produits pharmaceutiques au niveau des CSB relevant de la circonscription.
- La supervision du personnel technique exerçant dans les pharmacies des CSB et la participation à sa formation.
- La collecte des informations relatives aux produits pharmaceutiques dispensés au niveau de la circonscription.
- La diffusion des informations relatives aux produits pharmaceutiques auprès du personnel médical et paramédical au niveau de la CS.

#### 1.5 Perspectives

Le rôle de la circonscription sanitaire doit évoluer et plusieurs aspects doivent être pris en considération pour rapprocher les soins de la population. Parmi les plus importants points à évoquer se trouvent le devenir de la médecine de famille et la collaboration public-privé.

#### Discussion en groupe puis en plénière

#### Mise en place des travaux de groupe et animation de la restitution en plénière

La discussion se fera en travaux de groupe et sera suivie d'une mise en commun en plénière.

- Mettez-vous d'accord sur deux valeurs essentielles qui guident vos choix stratégiques et donnez une courte explication.
- La mission de la CS reste t'elle d'actualité?
- Les membres de l'équipe se retrouvent-ils dans les rôles tels que décrits ?
- Ont-ils les moyens d'exercer ces rôles (Compétences, ressources, temps, support ?)
- Est-ce que les choix stratégiques reflètent vos valeurs ?

#### Remarque pour les formateurs :

On relève dans le manuel, un accent important mis sur l'appui aux fonctions cliniques, à la qualité des soins dans les centres de santé et les hôpitaux de CS. Ceci peut aider à restaurer l'importance et la priorité de ces fonctions cliniques, perdues semble-t-il aujourd'hui dans les dites « fonctions administratives ».

Certains termes peuvent ne pas être suffisamment clairs : « faciliter, coordonner »

Chaque groupe devrait arriver à préciser le rôle de l'équipe de CS et les rôles respectifs de chacun des membres.

La circonscription représente la base opérationnelle du système de santé Tunisien et est l'une des entités responsable des soins de santé primaires qui comme le dit l'OMS «réunissent promotion et prévention, traitement et soins d'une manière sûre, efficace et socialement productive à l'interface entre la population et le système de santé »

D'après le dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé, beaucoup d'aspects doivent encore être précisés : « Une adaptation « locale » en fonction des besoins propres aux différentes communautés pourrait être envisagée, dans le cadre d'une autonomie accrue du niveau local et régional, du renforcement de la participation citoyenne à ces niveaux et également d'une responsabilisation pour la prise en charge d'une population et l'atteinte de résultats en termes de recours des services de santé, de parcours de soins, de mécanismes de coordination à travers la filière de soins et de résultats de santé publique.»

La stratégie de développement de la circonscription sanitaire prévoyait cinq orientations :

- 1. La régionalisation
- 2. L'accompagnement
- 3. La formation du médecin généraliste
- 4. L'organisation de la circonscription sanitaire
- 5. La recherche

Qu'en est-il aujourd'hui?

Si le temps disponible le permet, les formateurs pourront initier un débat sur

La place de la médecine de famille

Et/Ou

Sur la collaboration entre le secteur public et privé

Dans la circonscription sanitaire.

Les deux paragraphes qui suivent pourront alimenter les discussions.

Tout le monde s'accorde à dire que le positionnement d'un médecin de famille au centre du système de santé est la meilleure solution pour répondre aux besoins de la population.

La médecine de famille est un des cinq axes majeurs du PNDCS. Celui-ci au chapitre 1.3 La promotion du profil de médecin de famille, précise «Le but est double. D'une part amener le médecin généraliste du centre de santé à se transformer progressivement en médecin de famille en améliorant les aspect de communication dans sa relation avec ses malades (empathie), et l'efficacité de sa prise en charge des problèmes de santé. D'autre part, renforcer ses capacités à gérer les soins de santé en général (Programmes préventifs, curatifs, etc.) en direction de la population qu'il a en charge et l'interface avec la communauté (relations individuelles, dialogue avec les représentants de la population) Cet axe stratégique conditionne la qualité des soins donnés à la population... »<sup>9</sup>

L'évaluation du plan national de développement des CS a précisé «qu'un projet de réforme de la formation des études médicales a été décrété (novembre 2011) pour prendre en compte la formation à la médecine de famille et les étapes sont en cours de finalisation. Un pool de maîtres de stage a été formé en partie au Canada, en partie en Tunisie (85 dont 77 actifs). La reconnaissance de leur statut à l'université est en débat mais leur reconnaissance par le système et leur place dans le système de santé n'est pas encore clarifiée. Cependant, les évaluateurs regrettent que la réflexion sur le cursus de formation ainsi que sur la définition du profil de médecin de famille semble avoir été engagée sans la participation effective des responsables nationaux des différentes composantes des soins de santé de base et en particulier celle de la direction en charge du PNDCS. Les évaluateurs recommandent en quise de conclusion...Pour mieux s'approprier la promotion de la MF comme composante principale du développement du système local de santé, nous recommandons la création d'une commission départementale qui intègre le comité actuel des Doyen des Facultés de Médecine et les autres détenteurs d'enjeu comme la CNAM, les conseils des ordres des médecins, pharmaciens et dentistes et les structures syndicales des corps des médecins et les représentants des autres Ministères (Ministère de l'enseignement supérieur + Ministère des affaires sociales) en vue de définir les outils et les moyens pour positionner la MF au centre du dispositif du système local de santé.»<sup>10</sup>

La conférence sur la santé précise :

« O2. Mettre en place des équipes multidisciplinaires de soins de proximité, développer et valoriser la pratique de la médecine de famille, responsabiliser les médecins et équipes de première ligne dans la gestion des cas

Il est essentiel d'identifier le référent et premier responsable du citoyen-patient au niveau des soins de proximité

Le médecin généraliste doit être le médecin responsable du patient et le médecin référent, assurant la continuité des soins et l'efficacité du parcours de soins. Le médecin de famille constitue un point d'ancrage pour le patient et pour sa famille : maladies chroniques, pathologies aigues, suivi et prévention. Cela améliore la satisfaction et la qualité de vie des patients, diminue le recours aux tests diagnostiques et les transferts, ainsi que le risque de complications dans les maladies chroniques. La continuité des soins par un même médecin est un facteur clé de la satisfaction du patient, ce qui implique une modification du fonctionnement des structures de proximité. Le maintien d'un accès libre

\_

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> MSP Tunisie, DSSB. Programme de développement des circonscriptions sanitaires, concepts et mise en œuvre.

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Evaluation du PNDCS

constitue aussi un défi d'organisation. L'identification d'un coordinateur de soins facilite la communication entre les pourvoyeurs de soins. Ce rôle peut être assumé par un membre de l'équipe non médecin, de même que celui des visites de suivi à domicile.

Sur la base de nombreuses expériences internationales, il est actuellement formellement prouvée que la prise en charge coordonnée par un médecin de famille améliore les prestations et la satisfaction des patients, diminue le recours aux spécialistes, et diminue les coûts de traitement. Les visites à domicile effectuées par des assistants sanitaires allègent la charge de travail des médecins.»

Un comité d'experts («Expert Panel on effective ways of investing in Health»), organe d'avis de la Commission européenne)) propose une définition intéressante des soins de santé de première ligne : «Les soins de première ligne consistent à dispenser des soins de santé intégrés au sein de la communauté, caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale, axée sur la personne, par une équipe de professionnels responsable de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé. Ce service doit s'accomplir dans un «partnership» durable avec les patients et les aidants proches, dans le contexte de la famille et de la communauté locale, et joue un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population.

Les professionnels actifs dans la première ligne sont entre autres: les dentistes, les diététiciens, les médecins généralistes, les sages-femmes, le personnel infirmier, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les psychologues et les travailleurs sociaux»<sup>11</sup>

#### 1.5.2 Collaboration public-privé

Il est utile d'éclaircir la singularité des enjeux de la planification dans le domaine privé et dans le domaine public. Les différences importantes découlent de l'objectif général, c'est-à-dire de la mission poursuivie par chaque secteur. La raison d'être du secteur public et donc des institutions qui y travaillent, est d'améliorer la santé de la communauté en répondant aux besoins de santé. Par contre, les professionnels de la santé dans le secteur privé ont comme premier objectif de répondre aux besoins de santé des individus qui ont recours à leurs services, tout en réalisant un profit justifié (pour vivre). Les deux secteurs auront des enjeux et des préoccupations propres. Ces deux références différentes d'un point de vue social vont être à l'origine de réels choix à opérer en termes de planification des systèmes de santé. S'il veut respecter son objectif d'améliorer la santé d'une communauté, le secteur public doit prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé et pas seulement les aspects médicaux. Les conséquences en sont dès lors évidentes : le secteur public doit avoir une vue plus globale de la santé que le secteur privé et il doit prendre en compte les aspects autres que purement médicaux qui peuvent avoir un effet sur la santé des communautés : approche intersectorielle, déterminants sociaux de la santé, aspects culturels, etc.

1. Quant au secteur privé, il est avant tout concerné et responsable pour ses propres services de santé : offrir la meilleure qualité de soins de santé aux individus qui utilisent ses services.

L'Etat doit assurer un minimum de qualité de chacun des services de santé existant dans le pays, quel que soit le pouvoir organisateur en question. Au minimum, il s'agira d'un pouvoir de contrôle dont l'efficacité réelle dépendra avant tout du contexte socio-politique et légal de l'idéologie prédominante dans la société (c'est-à-dire du rôle plus ou moins important de l'Etat) ainsi que des ressources et des compétences professionnelles disponibles pour assurer un contrôle réel. L'Etat est logiquement responsable de faire respecter cette politique de santé quel que soit l'organisateur et de veiller notamment à l'allocation efficiente et équitable des ressources.

Pour chaque secteur spécifique, les responsables nationaux des politiques de santé devraient se poser les questions suivantes :

<sup>11</sup> EXPH (Expert Panel on effective ways of investing in Health), report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10Jjuly 2014).

25

- Quel est le rôle spécifique de ce secteur ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients de ce secteur par rapport au secteur public ?
- Quels sont les problèmes spécifiques rencontrés par ce secteur ?
- Quelle est la marge de manœuvre politique du gouvernement pour influencer ce secteur ?
- Comment mettre en place les changements souhaités ?

Les évaluateurs du PNDCS recommandent que la C/S se prépare à composer avec le secteur privé 12. « Intégrer le secteur privé (médecins de libre pratique, pharmaciens, biologistes, représentants de l'ordre et des syndicats, etc.) dans la dynamique d'amélioration de la qualité (leur donner accès aux formations ; les inviter aux réunions de l'équipe de la C/S qui peuvent les concerner; dans le conseil local ; dans le conseil de gestion qui ne doit pas s'occuper ici que des ressources de la C/S ou de l'hôpital). Il faut considérer l'offre de soins privée comme élément du système de santé local. Il faut aussi les impliquer à l'échelle nationale : créer au niveau de l'unité de gestion du PNDCS un comité national multisectoriel, multidisciplinaire (impliquant les organisations professionnelles) qui aura un rôle d'appui au programme en termes d'adoption et d'aide à la mise en œuvre.

La démocratie locale peut être une opportunité de réaliser l'objectif d'une plus grande intégration des acteurs santé mais l'équipe de la C/S doit être consciente que cela peut être aussi une menace si le dialogue n'est pas encadré. Il est donc nécessaire que le PNDCS forme les équipes à une approche communautaire.»

\_\_\_

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> PNDCS, rapport d'évaluation, juin-septembre 2013

# 2 Module 2: Renforcement des compétences relationnelles, travailler en équipe dans une CS.

#### Introduction du module 2 et Présentation des objectifs et du contenu du module 2 sur PowerPoint

Questions réponses : qu'est-ce qu'une équipe de travail ?

Présentation des notions de travail en équipe à l'aide des PowerPoint

Question aux participants: Prenez un moment de réflexion et citez un des objectifs commun de la CS.Chaque participant écrit sa réponse, deux ou trois sont ensuite invités à partager leur réponse.

Présentation du PowerPoint sur les objectifs de développement des CS.

Question aux participants : les objectifs, tels que mentionnés dans le document correspondent ils à votre réalité? Souhaiteriez-vous les formuler de manière plus spécifique ou en ajouter d'autres ?

#### 2.1 Présentation du module

#### 2.1.1 Objectifs du module

- Comprendre ce qu'est le travail en équipe
- Pouvoir organiser et tenir une réunion d'équipe

# No.

#### 2.1.2 Contenus du module

#### ✓ Quelques concepts

- Qu'est-ce qu'une équipe de travail ?
- Le travail d'équipe repose sur la communication
- Communication analogique et digitale

#### ✓ Organisation de la réunion à partir de règles communes de Communication et de fonctionnement

- Respect de la confidentialité;
- Clarifier les processus de décision ;
- Respect, écoute et possibilité de dire des bêtises ;
- Référence à la théorie;
- Ethique relationnelle: reconnaissance des apports de chacun, valorisation des contributions individuelles.

#### ✓ Animation et direction des réunions

#### ✓ Jeu de rôle autour d'une Réunion d'équipe

Donner les principales explications à l'aide des PowerPoint, tout en questionnant les participants sur leur propre réalité.

- ⇔ Qu'est-ce qu'une équipe de travail selon vous ?
- Quels peuvent-être les objectifs communs d'une équipe de circonscription sanitaire ?
- ⇔ Y va-t-il des tâches communes à réaliser dans la circonscription ?
- ⇔ Quelles sont-elles ?

#### 2.2 Quelques concepts à propos du travail d'équipe:

#### 2.2.1 Qu'est-ce qu'une équipe de travail?

Une équipe peut être définie comme étant « un groupe de personnes *interagissant* afin de se donner ou d'accomplir un ou plusieurs objectifs communs, lesquels impliquent une répartition de tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe. »

Cette définition fait ressortir trois caractéristiques essentielles que présente une équipe de travail:

- un ou des objectifs communs: un but ultime à atteindre, un produit final à réaliser;
- des <u>tâches à opérationnaliser</u>: une opération qui s'appuie sur les moyens, ressources et outils de chacun(e) ainsi que sur une procédure spécifique à suivre;
- la <u>convergence des efforts de chacun des membres</u>: une collaboration, lors de la réalisation des tâches, qui s'exerce dans un climat de travail sain et de solidarité.

#### 2.2.1.1 Un ou plusieurs objectifs communs

Le travail d'équipe est organisé en fonction d'un ou plusieurs objectifs communs. Pour identifier l'objectif commun de l'équipe de la CS, il faut s'interroger sur ce que doit être le produit final qu'ont ensemble à réaliser les membres de l'équipe.

Le programme de développement des CS vise deux objectifs principaux<sup>13</sup>:

- «L'amélioration de la qualité et de l'efficience des services de santé (Centres de santé et l'hôpital de la circonscription sanitaire) à travers d'une part l'amélioration de la qualité de la prise en charge des soins individuels et communautaires et d'autre part l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de la gestion de la circonscription sanitaire. (Programmes nationaux, ressources, couverture effective de la population, gamme de soins offerts, système d'orientation recours)
- Le renforcement de l'implication de la population dans la gestion de sa santé (responsabilisation, auto-prise en charge, utilisation des services de santé et participation à l'évaluation, à l'analyse des problèmes et à l'identification des solutions appropriées)»

31

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> République Tunisienne/MSP/DSSB. Programme de développement des circonscriptions sanitaires. Concepts et mise en œuvre. Manuel réalisé avec le soutien de l'UNICEF.

#### 2.2.1.2 Des tâches communes

Les tâches, quant à elles, réfèrent plutôt à la façon dont on doit s'y prendre pour réaliser l'objectif commun, pour atteindre les résultats attendus. Quels moyens les collaborateurs vont-ils utiliser pour parvenir à leurs fins? Dans certains cas, plusieurs ressources, instruments ou outils seront disponibles; plusieurs procédures, méthodes, ou techniques se montreront efficaces; plusieurs contextes paraîtront pertinents. Dans d'autres cas, plusieurs étapes seront à franchir; dans quel ordre seront-elles réalisées? Qui fera quoi?

# 2.2.1.3 Le Rôle attendu de chacun : comment chacun contribue à la réalisation de l'objectif ou des objectifs.

- La convergence des efforts de chacun des membres concerne l'apport personnel que chacun fournit à l'équipe et les interactions entre les membres. L'équipe est un système fragile très dépendant des individus qui la composent puisque son énergie totale dépend de celle de chacun de ses membres et de la qualité des interactions entre ces personnes.
  - La convergence des efforts des membres de l'équipe concerne, de plus, les interactions entre les membres. En fait, plus il y aura d'interactions entre les membres de l'équipe, plus celle-ci disposera d'énergie. En ce sens, il est certain que de s'opposer à une idée émise par un membre, ou simplement d'exprimer des réserves quant à une suggestion formulée par un membre, ne réduira pas l'énergie dont dispose l'équipe vers la poursuite de la cible commune. Au contraire, exprimer ouvertement ses idées et ses opinions c'est fournir un apport à l'équipe; c'est alimenter l'équipe en énergie en créant des interactions entre les membres. Ce qui peut réduire l'énergie dont dispose l'équipe, c'est d'envenimer le climat de travail qui règne au sein de l'équipe en utilisant une façon néfaste, ou non appropriée, d'exprimer ses idées, ses opinions ou ses oppositions.
  - Dans une équipe, chaque membre doit s'exprimer ouvertement et, en même temps, chaque membre a la responsabilité de contribuer à établir et à conserver un climat de travail sain; utiliser un niveau de communication favorisant la confiance mutuelle entre les membres, adopter une attitude respectueuse envers les autres et les assurer d'une certaine confidentialité de l'information véhiculée au sein de l'équipe. De cette façon, en plus de l'énergie que chacun met à la disposition de l'équipe, cette dernière puisera des énergies à travers les interactions saines et constructives qui se produisent entre les membres.

#### 2.2.2 Le travail d'équipe repose sur la communication

Les théories des systèmes et les théories de la communication sont inséparables : sans communication pas d'interaction et sans interactions pas de systèmes !

L'approche systémique prend en compte les principes de base de la communication tels qu'ils ont été énoncés par l'équipe de Palo-Alto et décrits par P. Watzlawick :

- La communication est vitale : on ne peut pas ne pas communiquer;
- Tout comportement est porteur de message;
- Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation ;
- La nature de la relation, dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires;

#### ⇔ Expliquez les principes de base de la communication à l'aide des PowerPoint

- Expliquez la différence entre communication digitale et communication analogique à l'aide d'exemples.
- Demander aux participants de donner des exemples de communication analogique.
- Demandez à un ou deux participants d'expliquer comment se passent habituellement les réunions d'équipe dans leur circonscription : de quel type de réunion s'agit-il ? Qui les anime ? Y a-t 'il un ordre du jour ? Chacun va-t-il droit à la parole ? Qui décide ?
- ⇔ Expliquez aux participants les règles de base de communication et de fonctionnement d'une réunion.

- Il y a plusieurs manières de communiquer: digitale et analogique (Voir paragraphe suivant);
- La communication est indissociable de son contexte : elle n'a du sens que dans un contexte donné :
- La communication comporte des échanges qui sont soit complémentaires soit symétriques.

« La relation symétrique<sup>14</sup>: La relation symétrique se définit fondamentalement comme une relation d'égalité. Les opinions, les idées, les caractères, les comportements peuvent être différents, mais chacun pense que les opinions, idées de l'autre méritent respect et attention. Elle est sous-tendue par le désir de comprendre le point de vue de l'autre, de l'intégrer comme un des éléments importants de la situation. C'est l'état relationnel le plus adapté pour la discussion, la négociation, la créativité, la recherche de solutions équitables à des difficultés.

La relation complémentaire: La relation complémentaire se définit par une répartition des places en fonction de rôles différenciés. L'un des partenaires occupe la position dite « Haute », (ou dominante, ou « up ») et l'autre la position « Basse » (dominé, « down »). Cette répartition des rôles correspond aux rapports hiérarchiques. »

Dans un système de santé, les modes de communication sont multiples et ne se limitent pas aux rapports de hiérarchie traditionnellement présentés dans les organigrammes et les représentations pyramidales de l'organisation des soins.

#### 2.2.3 Communication digitale et communication analogique

Si je veux communiquer que la montagne est haute à quelqu'un qui ne comprend pas ma langue, je vais faire des mouvements de la main qui montrent qu'il y a quelque chose qui monte et qui descend. Mon geste va ressembler à ce qu'il est censé signifier. C'est le langage analogique.

Si l'autre comprend ma langue, j'utilise le langage et donc un code qui ne montre rien... Seule la connaissance en commun de ce code me permet d'être compris par mon interlocuteur. C'est le langage digital.

Or, on a besoin des deux. La communication analogique définit la relation. Elle est très intuitive et signifiante, mais manque de souplesse, et peut s'avérer ambiguë. Les larmes, par exemple, peuvent exprimer la joie ou la peine, tout dépendra du contexte. On ne peut nier une émotion ou un sentiment, on ne peut que le vivre. Toujours selon WATZLAWICK et al « ...indépendamment du pur et simple échange d'information, l'homme a besoin de communiquer avec autrui pour parvenir à la conscience de lui-même»

**Communication digitale = communication verbale** basée sur des symboles ou caractères (Lettres, chiffres)

« La communication digitale est de nature symbolique. Ces symboles sont les mots que l'on emploie pour désigner les choses, mots qui relèvent d'une convention sémantique propre à une langue donnée. La communication digitale possède une syntaxe logique souple, précise et pratique, qui se prête facilement à l'abstraction. Elle définit le contenu de la relation »

http://www.systemique.be/spip/spip.php?article810

#### Communication analogique = toute communication non verbale

- Mouvements corporels (kinesthésie)
- Posture et gestuelle
- Mimigues
- Inflexions de la voix
- Rythme, succession et intonation des mots

« Une pathologie fréquente en matière de communication consiste à traiter au niveau du contenu une divergence qui porte en fait au niveau de la relation. De cette manière, l'incompréhension ne peut être que grandissante. Pour en sortir, il y aura lieu de nommer la divergence comme se situant au niveau relationnel, ce qui a généralement pour effet de débloquer la situation. Ce « déblocage » a donc bien lieu lorsque les protagonistes se montrent capables de communiquer, non plus sur le contenu de leur échange, mais sur la manière dont cet échange se passe »

# 2.3 Organisation de la réunion à partir de règles communes de Communication et de fonctionnement

Toute réunion d'équipe mérite d'être préparée et suppose donc un dispositif, un cadre et un souci constant du processus.<sup>15</sup>

# 2.3.1 Quelques règles de base à respecter

# 2.3.1.1 Règle N°1 : le respect de la confidentialité.

Tout ce qui se dit dans une réunion entre professionnels se dit sous le sceau de la confidentialité. Il s'agit de « secret professionnel partagé». C'est l'une des conditions de sécurité élémentaire dont chacun a besoin pour pouvoir parler de son travail. Dans une réunion d'équipe, tout le monde s'expose d'autant plus qu'il s'engage. En réunion, nous sommes autant acteurs de nos interventions que spectateurs impliqués de celles des autres et nous devons à cet égard faire preuve du plus grand respect.

# 2.3.1.2 Règle N° 2 : Clarifier les processus de décisions.

**Comment prend-on des décisions?** Une décision est généralement le résultat de trois temps différents : (1) Un temps d'élaboration, (2) un temps de prise de décision/Sanction/Acter, (3) un temps de mise en application.

<sup>15</sup> Ce paragraphe s'inspire du livre « Eduquer et soigner en équipe » Manuel de pratiques institutionnelles. Sous la direction de Muriel Meynckens-Fourez, Christine Vander Borght et Philippe Kinoo. Chapitre 10, la réunion d'équipe, Didier Robin. De Boeck.

Ces trois temps peuvent parfois s'enchainer sans qu'on arrive à les distinguer.

- Le temps 1 est généralement participatif : il s'agit de peser le pour et le contre.
- « Le temps 2 est celui où il s'agit à un moment donné, de trancher avec la part d'arbitraire que toute décision comporte toujours...Ce n'est ni le savoir, ni la compétence, encore moins le charisme ou la bonne volonté qui donnent l'autorité nécessaire à la prise de décision. C'est la responsabilité. » Cela implique que tous les intervenants d'une équipe ne sont pas impliqués de la même façon au moment où il s'agit de trancher. Au moment de la prise de décision, une équipe peut être amenée à voter ou bien le responsable va assumer la prise de décision.
- Le temps 3 est celui de la mise en application.

L'ordre du jour des réunions. Il doit être déterminé et communiqué aux participants à l'avance. La manière dont est constitué l'ordre du jour d'une réunion est souvent riche d'enseignement. Il est intéressant de distinguer la répartition du temps de réunion entre d'une part des aspects cliniques ou techniques et d'autre part des aspects organisationnels.

L'ordre du jour transmet des renseignements importants, notamment :

- 1. les sujets soumis à la discussion;
- 2. le présentateur ou la personne qui mènera la discussion pour chaque sujet;
- 3. la structure de la réunion (le temps alloué pour chaque sujet);
- 4. on peut utiliser l'ordre du jour comme liste de contrôle pour s'assurer qu'on a abordé tous les sujets;
- 5. l'ordre du jour permet de se concentrer sur les sujets à traiter (l'objectif de la réunion doit être clairement exposé dans l'ordre du jour).

Il y a deux façons de préparer l'ordre du jour d'une réunion :

- 1. fournir aux participants un ordre du jour préétabli qu'ils pourront suivre et étudier; ou
- 2. élaborer l'ordre du jour avec les personnes clés qui participeront à la réunion.

# 2.3.1.3 Règle N°3 : Respect, écoute et intérêt des bêtises

La condition de base d'un échange, d'un brainstorming est de pouvoir s'exprimer librement sans craindre trop le jugement, la honte, la disqualification.

Deux dimensions essentielles du respect entre collègues peuvent être rappelées:

- On peut dire des bêtises, faire des propositions farfelues mais on ne rit pas des autres, on peut rire de ce qui est dit mais pas se moquer des personnes.
- Possibilité de montrer son désaccord sans agresser l'autre : l'expression d'un désaccord en réunion doit rester cadrée.

L'écoute est une attitude active qui s'apprend : « De façon générale, personne ne détient un point de vue complet et juste; chacun ne possède qu'une perspective, la sienne. Aussi, pour s'intéresser aux propos de l'autre, faut-il avoir la curiosité de découvrir le point de vue et l'opinion de l'autre, ainsi que la capacité de l'écouter. Contrairement à l'acuité auditive (entendre), écouter est un processus mental, ce n'est pas un réflexe automatique. Pour bien écouter, il faut d'abord prendre la décision d'écouter, puis utiliser ses habiletés d'écouteur.

#### Animation d'un jeu de rôle sur le travail en équipe

# Préparation (15 minutes)

Le formateur choisit 5 ou 6 personnes qui vont jouer une réunion d'équipe. Le reste des participants seront des observateurs.

Les personnes choisies pour représenter l'équipe se concertent pendant une dizaine de minutes pour désigner un animateur et choisir un thème de réunion. (Le thème de la réunion peut-être imposé par le formateur en accord avec l'équipe : par exemple organisation de la référence ou collaboration avec le secteur privé ou amélioration du dépistage du diabète dans les CS.....)

Pendant ce temps, le formateur réparti les observateurs en deux groupes : les uns vont observer les participants, d'autres vont observer l'animateur. Certains vont repérer les mots clés. D'autres se centrent sur l'analogique (Les mimiques, les comportements, les grimaces, le ton de la voix etc...), d'autres se centrent sur le digital (Contenu des paroles). Une grille d'analyse leur est remise (Exemple ci-dessous).

#### Jeu de rôle (15 Minutes)

L'équipe qui joue la réunion se place au centre autour d'une table ou en rond. Les observateurs sont tout autour. Le jeu lui-même va durer de 10 à 15 minutes.

Grille d'analyse, observateurs de participants :

- Relever les mots clefs (Digital), Relever les attitudes clefs (Non verbal analogique)
- Relever les propositions/contenu /organisation, Prend-il souvent la parole ?
- Obtient-il l'écoute des autres participants ? Ecoute- t-il les autres participants ?
- Fait- il des apartés?
- S'adresse t- il au grand groupe ? S'adresse t- il de manière privilégiée à certaines personnes

Grille d'analyse, observateur de l'animateur

- Relever les mots clefs (Digital)
- Relever les attitudes clefs (Non verbal analogique)
- Comment introduit- il la réunion ? En précise t- il l'objectif, les objectifs ?
- At-il expliqué les règles de fonctionnement au groupe ?
- Comment gère t- il le temps ? Comment gère t- il la parole ?
- A t'il recourt à des outils particuliers ? (tableau...)
- Contribue-t'il à la participation de tous ? Donne-t-il un temps de parole à chacun ?

# **Restitution (20 Minutes)**

Le formateur demande d'abord à ceux qui jouaient l'équipe comment ils ont vécu la réunion. Il demande ensuite les commentaires des observateurs selon la grille d'analyse qui leur a été remise.

L'ensemble du jeu de rôle va durer environ une heure. Si le temps le permet, il est possible de

- Vous concentrer attentivement sur ce que dit l'autre et maintenir votre concentration.
- Contrôler votre pensée, faire un silence intérieur et mettre entre parenthèses vos propres idées
- Rechercher l'idée principale des propos entendus, sans vous arrêter aux petits détails Dans le cadre d'un sujet qui vous touche, portez attention à la manière dont vos propres émotions peuvent transformer et déformer le message.
- Éviter de rejeter certains éléments de la conversation qui qui vous semblent trop familiers, trop étranges ou encore insignifiants.
- Etre attentif à la communication non verbale (plus de 50% du message) et à la dimension affective que l'autre donne au contenu et aux idées. » <sup>16</sup>

# 2.3.1.4 Règle N° 4 : Du bon usage de la théorie

En réunion, il n'y a aucun empêchement à se référer à des concepts théoriques à condition que ce soit dans le but d'éclairer les problématiques sur lesquelles on travaille. A condition aussi d'être prêt à les expliquer s'ils n'étaient pas assez clairs pour tout le monde »

La référence à des enseignements de santé publique, à des instructions écrites reçues du MSP ou de l'OMS ou d'autres partenaires peut-être utile mais les explications théoriques ne doivent pas empêcher la narration simple et doivent être compréhensibles par tous les participants. « La théorie doit être un outil au service du travail collectif de pensée »

Dans un travail en équipe multidisciplinaire, chacun est dépositaire d'un savoir particulier. Chacun a donc une part de vérité concernant les situations évoquées.

# 2.3.1.5 Règle N°5 : Ethique relationnelle: reconnaissance des apports de chacun, valorisation des contributions individuelles, chacun son tour.

Il est essentiel de laisser chacun s'exprimer jusqu'au bout ; d'éviter de couper la parole. Cela demande une certaine capacité d'écoute.

#### 2.3.2 Les temps et types de réunion d'équipe

Une réunion se prépare à l'avance : En fonction de l'objectif de la réunion, Il s'agit de préparer l'ordre du jour, le lieu, les participants, la durée, les résultats attendus (Décisions à prendre, informations à faire passer).

Le premier temps de la réunion est celui de l'accueil. Ce moment est important pour créer les conditions favorables à l'écoute, à l'échange. Il s'agit de préparer le lieu et de préciser le cadre, les objectifs de la réunion (Ordre du jour), la méthode de travail. Si les gens ne se connaissent pas tous ou s'il y a de nouveaux membres dans l'équipe, il sera nécessaire de faire des présentations.

Les temps de décision sont au nombre de trois comme nous l'avons vu plus haut :

- 1. Un temps d'élaboration

2. Un temps de prise de décision/Sanction/Acter

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Josée Latendresse et Nathalie St-Pierre. « Communiquer et animer efficacement une réunion » © Centre 1, 2,3 GO! <a href="http://www.rqvvs.qc.ca/documents/file/communiquer-animer-reunion.pdf">http://www.rqvvs.qc.ca/documents/file/communiquer-animer-reunion.pdf</a>

# ⇔ Conclusion synthèse de la journée et du module 2

- Reprendre les points principaux
- Quelles sont les principales leçons apprises du jeu de rôle ?
- S'assurer qu'il ne reste pas de points obscurs, demander s'il y a des questions ou des remarques.

#### 3. Un temps de mise en application

Une réunion doit également pouvoir se terminer : il y a donc un temps de conclusion puis un temps de clôture.

Il est fréquent de distinguer les temps de réunions ordinaires (Qui sont souvent hebdomadaires) et des temps de réunions extraordinaires. Le canevas suivant propose une illustration de différents types de réunion ou de temps de réunion :

- La réunion clinique ou temps de réunion clinique: Il s'agit du temps consacré aux problématiques rencontrées dans le travail avec les utilisateurs
- Les études de cas : Discussion autour d'une situation clinique ou problématique particulière.
- Les réunions de gestion ou temps réservé à différents aspects organisationnels : horaires, congés, répartition des tâches, organisation du travail...sans perdre le sens du travail.
- Temps de réunion sur des thématiques propres à l'institution : par exemple le système d'orientation recours, la place de la médecine de famille,...
- Temps de séminaire théoriques, de réflexion scientifique

#### 2.4 Animation et direction des réunions

La fonction d'animation au sein d'une réunion est une fonction d'autorité. C'est-à-dire une fonction qui doit s'accompagner d'une certaine autorité légitimée par une responsabilité précise.

L'autorité de l'animateur doit lui permettre de pouvoir tempérer la prise de parole de l'un, de susciter la prise de parole de l'autre, de recadrer les échanges en respectant le timing afin de répondre de sa place, du bon déroulement de la réunion.

L'animation et la prise de décision sont des fonctions qui peuvent être distinctes et donc attribuées à des personnes différentes.

Le rôle de l'animateur est de réguler le temps de paroles et de donner la parole. Il s'agit donc de veiller au respect des temps de parole et à l'écoute. Invitez donc un participant à prendre la parole, en lui rappelant le timing : « notre collègue va aborder tel sujet pendant telle durée ». Faîtes aussi en sorte que tout le monde s'écoute. Le cas échant vous pourrez y remédier en proposant de redonner la parole ultérieurement : « écoutons notre collègue, et ensuite je vous donne la parole ». Il est important de savoir écouter avec attention le point de vue de chacun et également de pouvoir donner un feed-back. « Le feedback précise comment les attentes, consignes et messages ont été compris, crus, intégrés ou acceptés. Il est relié à la fois à la satisfaction, à la motivation et à l'efficacité des partenaires qui collaborent ensemble »

Il y a cinq éléments clés dont il faut tenir compte lorsqu'on anime des réunions :

- Accueil: placez la réunion en contexte en exposant l'ordre du jour et le rôle des intervenants;
- Expliquer les règles de base et la façon de procéder;
- Gérer le temps: surveillez l'heure afin de faire en sorte que soient abordés tous les sujets à l'ordre du jour et que les tâches soient assignées;
- Donner un feed-back de la réunion ;
- Clôture: clarifiez et révisez les actions et engagements des employés.

# 3 Module 3 : Planification et gestion axée sur les résultats.

# Introduction du module 3 à l'aide des PowerPoint

Objectifs et contenus

# Présentation des principaux concepts à l'aide des PowerPoint :

- La gestion axée sur les résultats (GAR)
- Les cycles de planification.
- Les étapes de la planification
- L'approche systémique des organisations INPUT-PROCESS-OUTPUT-OUTCOME

# 3.1 Description du Module 3: Planification et gestion axée sur les résultats

#### 3.1.1 Objectifs du module

#### Ce module a pour objectifs:

- Acquérir une méthode simple de planification opérationnelle
- Apprendre à cadrer les activités à mener dans la CS et à gérer les résultats attendus
- Repérer les éléments clés d'une analyse de situation
- Pouvoir définir des objectifs réalistes

#### 3.1.2 Contenus du module

- 1. Concepts et définitions: gestion axée sur les résultats, cycles de planification, la CS est un système ouvert
- 2. Connaissance du système local de santé, analyse de situation
- 3. Planification par objectifs
- 4. Notions d'indicateurs
- 3.2 Concepts et définitions : gestion axée sur les résultats, cycle de planification, approche « système = INPUT PROCESS OUTPUT OUTCOME » IP-P-OP-Oc

#### 3.2.1 Gestion axée sur les résultats<sup>17</sup>

La gestion axée sur les résultats (GAR) est une approche de gestion basée sur le cycle de vie d'un programme ou d'un projet qui intègre les stratégies, les personnes, les ressources, les processus et les outils de mesure pour améliorer la prise de décisions, la transparence et la reddition de comptes. L'approche met l'accent sur l'atteinte des résultats, la mise en œuvre de mesures du rendement, l'apprentissage, l'adaptation ainsi que la production de rapports sur le rendement.

#### Par GAR, on entend:

•

- définir des résultats escomptés réalistes, fondés sur des analyses appropriées;
- **déterminer clairement les bénéficiaires des programmes** et concevoir des programmes qui répondent à leurs besoins;
- faire le suivi des progrès en fonction des résultats et des ressources utilisées en faisant appel à des indicateurs appropriés;
- **déterminer et gérer les risques** tout en tenant compte des résultats escomptés et des ressources requises;
- accroître les connaissances en tirant des leçons de l'expérience et en les intégrant au processus décisionnel;

47

• présenter des rapports sur les résultats obtenus et les ressources utilisées.

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Les outils de la Gestion axée sur les résultats à l'ACDI : Guide pratique

La GAR est une approche de gestion qui résulte d'un souci de rationalisation budgétaire essentiellement depuis les années 60, d'abord aux États-Unis. Il s'agit d'un processus actuellement en vigueur au Nord comme au Sud, avec un consensus de la communauté des bailleurs de fonds au développement et des pays en développement. Son objectif est de lier les ressources à des résultats concrets. Elle est orientée vers l'atteinte de cibles de développement; la responsabilisation des agents de l'État; la transparence et l'imputabilité dans la gestion publique; l'utilisation des données disponibles en vue d'améliorer le processus de décision.

La gestion moderne exige que nous dirigions notre attention sur les résultats réels, les changements provoqués par notre programmation et auxquels celle-ci a contribué. En définissant clairement les résultats escomptés, en recueillant régulièrement des données pour évaluer les progrès vers ces résultats et en prenant des mesures correctives en temps voulu, les praticiens peuvent gérer leurs projets ou leurs investissements de manière à maximiser les résultats de développement et à améliorer de manière durable la vie de la population.

# 3.2.2 Cycles de planification

# 3.2.2.1 Qu'est-ce que la planification?

- La planification se réfère à des valeurs et à un modèle conceptuel: les soins de santé primaires et le système local de santé intégré, la santé n'est pas un bien de consommation et le système de santé ne répond pas à la loi du marché, le contrôle des maladies ....
- La planification vise à répondre à la tension entre l'ambition des objectifs attendus et la relative rareté des ressources: définir des priorités est donc inévitable.
- La Planification est une méthodologie qui a pour but d'assurer que les ressources disponibles à présent et dans le futur, soient utilisées de la façon la plus efficiente pour remplir des objectifs explicités.
- La prise de décision repose sur l'analyse technique, les jugements de valeurs, mais aussi la relation de pouvoir (politique).
- La planification sanitaire requiert l'équilibre entre les points de vue des décideurs politiques du niveau central et des acteurs de la périphérie, des professionnels et des communautés (négociation).

#### 3.2.2.2 Différents cycles de planification

#### 1. Le grand cycle de définition des politiques, planification nationale.

« Les politiques, les stratégies et les plans sanitaires nationaux fournissent dans pratiquement chaque pays un cadre qui permet de prendre en charge la vaste complexité des questions à résoudre pour améliorer les résultats sanitaires, notamment celles qui ont trait aux objectifs du Millénaire pour le développement et aux autres problèmes prioritaires au niveau national, tels que les maladies non transmissibles »

Plan nationaux de développement sanitaires (PNDS) avec l'appui de l'OMS.

#### 2. Le cycle périodique de planification stratégique.

La politique et le PNDS donnent les grandes orientations, l'éthique mais ne disent pas comment on va procéder.

La planification stratégique suppose une vision claire traduisible en stratégie régionale ou stratégie d'un programme particulier sur le comment on va procéder: quels services veut on et pour quelle population?

Elle implique un choix des approches: renforcer le système de santé ou continuer à cibler certaines maladies?

#### Exemple: en France,

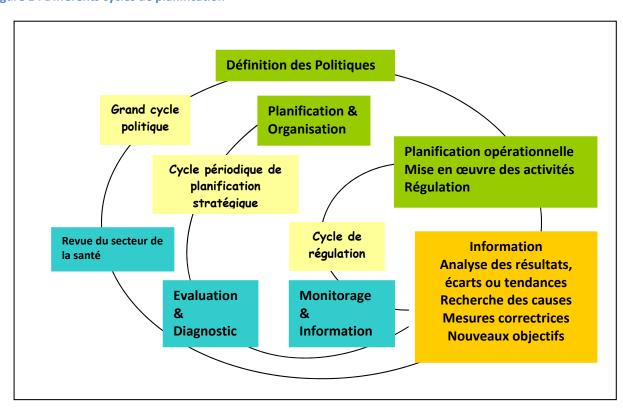
- Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS plan stratégique régional de santé) fixe les orientations stratégiques de la politique régionale de santé.
- Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS schéma régional d'organisation médico-sociale) prend en compte les besoins de la population handicapée, en perte d'autonomie ou confrontée à des difficultés spécifiques.

# 3. Le cycle régulier de la mise en œuvre des activités et de leur régulation: planification opérationnelle.

C'est la planification faite au niveau des circonscriptions sanitaires. Elle comporte plusieurs étapes :

- Une analyse de situation
- La détermination d'objectifs et de résultats attendus
- La mise en œuvre et le suivi.

Figure 1 : Différents cycles de planification



Demander aux participants quelles sont d'après-eux les principales étapes de la planification?

Mettre en évidence les principales questions que l'on se pose lorsqu'on planifie.

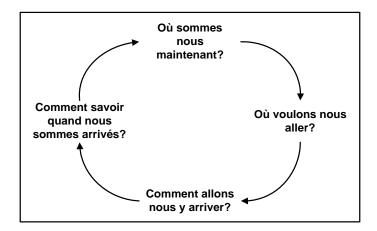
- Où sommes-nous maintenant?
- Où voulons-nous aller?
- Comment allons-nous y arriver?
- Comment savoir si nous sommes sur le bon chemin et quand nous sommes arrivés?

# 3.2.3 Principales étapes de la planification

Tout exercice de planification, quel que soit le cycle doit permettre aux responsables de répondre aux questions suivantes:

- 1. Où sommes-nous maintenant?
- 2. Où voulons-nous aller?
- 3. Comment allons-nous y arriver?
- 4. Comment savoir si nous sommes sur le bon chemin et quand nous sommes arrivés?

Figure 2 : Les principales questions auxquelles doivent répondre les planificateurs.



La recherche des réponses à chacune de ces questions constitue les différentes étapes de la planification:

#### ⇒ Où sommes-nous maintenant?

Cette question trouve sa réponse grâce à l'analyse de la situation.

#### ⇒ Où voulons-nous aller?

Cette question trouve sa réponse dans la définition des objectifs principaux et des objectifs spécifiques ou principaux résultats attendus.

#### ⇒ Comment allons-nous y arriver?

Cette question trouve sa réponse dans la définition des Activités propres à chaque objectif, dans la définition des rôles et des responsabilités de chacun et dans l'élaboration concrète du plan d'action: Qui va faire quoi? Comment? Et Quand?

# ⇒ Comment savoir si nous sommes sur le bon chemin et quand nous sommes arrivés?

Cette question trouve sa réponse grâce au suivi routinier des activités (Monitoring/Supervision) et grâce à l'évaluation.

Tout plan d'action se construit donc selon un modèle similaire et toutes les personnes impliquées dans un processus de planification suivent généralement les 4 étapes proposées:

Présentation de l'approche systémique INPUT – PROCESS – OUTPUT – OUTCOME à l'aide des PowerPoint.

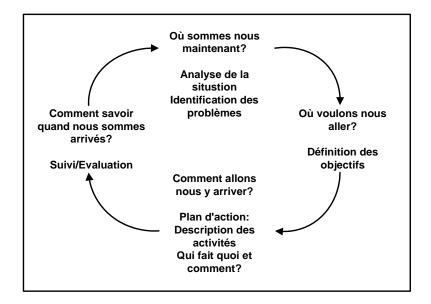
Faites une comparaison avec une boulangerie.

Demander aux participants en plénière :

- Qu'est-ce ce que l'on attend généralement comme produit d'une boulangerie ?
- ⇔ On attend qu'il fasse du pain et si possible du bon pain.
- Le pain est donc le résultat direct de la boulangerie.
- Que faut-il comme ingrédients pour pouvoir faire du pain ?
- ⇔ Des personnes, de la farine, de l'eau, un four, du combustible, des infrastructures, de l'argent etc...
- Que faut-il faire pour que la farine se transforme en pain ?
- ⇔ Préparer la pâte, la remuer, la laisser lever, la cuire, emballer le pain....

Faire ressortir la différence entre la responsabilité directe du boulanger = faire du bon pain et les effets secondaires ou outcome : satisfaction des clients, bon état nutritionnel, argent gagné, obésité possible etc....

Figure 3 : Les étapes de tout cycle de planification

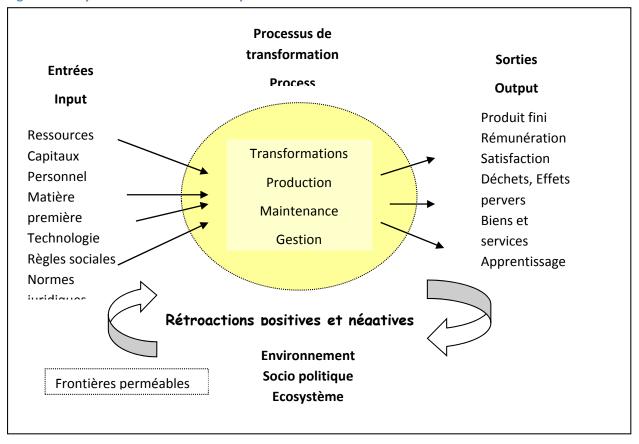


# 3.2.4 Approche systémique de l'organisation: INPUT-PROCESS-OUTPUT-OUTCOME (IP-P-OP-OC)

# 3.2.4.1 Les systèmes de santé sont des systèmes ouverts

Le pilotage d'une organisation est double : il s'agit d'une part de lui donner une finalité et d'autre part, il s'agit d'ajuster le processus en vue de cette finalité, d'obtenir les ressources nécessaires et de les réajuster. Il s'agit donc à la fois de piloter et de réguler.

Figure 4: Les systèmes de santé sont des systèmes ouverts



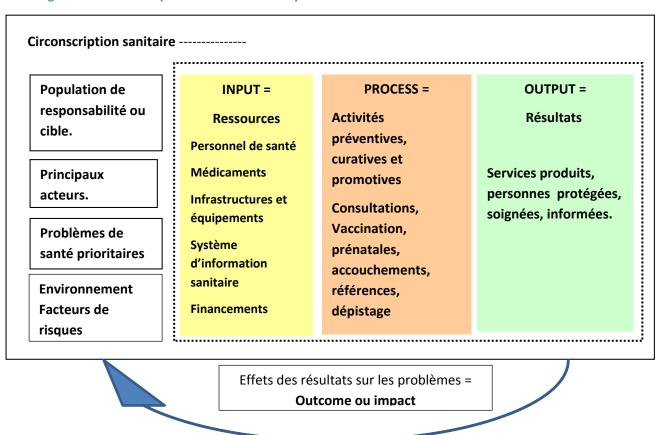
Un système n'existe pas et ne peux être correctement régulé si sa finalité n'est pas définie (existence d'une « Politique de Santé ») et si cette finalité n'est pas connue et au moins admise (mais mieux partagée) par les différentes composantes (acteurs) de ce système.

Gérer une organisation suppose d'en connaître les résultats en terme de produits/services effectivement attendus et utilisés.

3.2.4.2 La circonscription sanitaire comme système de santé ouvert met en œuvre des ressources qui produisent des résultats directs et indirects sur la santé

Input Process Output Outcome

Figure 5 : La circonscription sanitaire comme système de santé



Présenter la planification opérationnelle d'une circonscription sanitaire à l'aide des PowerPoint.

- Rappel de quelques mots-clés.
- Comment y arriver ?
- Demander à un des participants de témoigner sur la manière dont la planification opérationnelle se fait dans sa circonscription.
- Faire préciser aux participants les principales étapes de la planification dans la circonscription sanitaire.

# 3.3 Planification opérationnelle de la CS

#### 3.3.1 Mots clés

- Population de responsabilité et Responsabilité d'une population ;
- Déclinaison d'une stratégie en opérations: Centrée sur l'opérationnel en périphérie, dans un contexte donné, là où vivent les gens et les personnels de santé ;
- Centrée sur ce qui est faisable aujourd'hui et peut-être demain, en périphérie, parce que les ressources sont incertaines, en quantité et dans le temps ;
- Rétablissement des notions concrètes de temps, lieux, personnes ;
- Vision du développement centrée sur un processus d'amélioration des mécanismes de fonctionnement actuels, pour que ce processus soit assuré, ancré à moyen à terme;
- Prise en compte des analyses de situation.

# 3.3.2 Comment y arriver?

- Se concentrer sur ses propres responsabilités de quoi suis-je directement redevable et pour qui? Plutôt que d'attendre que les choses viennent des autres (trésor, fonction publique, ...),
- Repartir de ce que l'on veut vraiment faire, de l'essence du travail de soins, de la raison soignante d'être un professionnel de santé,
- «organiser et prioriser» ce que l'on veut faire pour être sûr qu'on pourra y arriver et pour construire les éléments du feedback, du suivi et de l'appui que nous aurons de l'échelon supérieur, la région.
- Partager les contraintes entre responsables, avec les autorités et avec les partenaires fortement demandeurs de clarté,
- Expliciter les difficultés et les « débrouilles », pour installer des démarches plus rationnelles et plus durables,
- Rendre les processus évaluables.

L'équipe de gestion de la CS est responsable de l'évaluation et de la planification des activités dans la circonscription sanitaire. L'analyse de situation ou évaluation permet de connaître la situation et les problèmes et la planification est l'activité qui permet de décider ce que l'on va faire pour améliorer la situation et comment on va le faire. Après une certaine période de temps on évalue à nouveau la situation et on refait un nouveau plan d'action. C'est ce que l'on appelle le cycle de Planification-Evaluation.

L'analyse de situation et/ou l'évaluation des activités de l'année écoulée et la planification des activités de l'année à venir a lieu une fois par an, de préférence au mois de Novembre ou de Décembre. Ceci se fait avec l'appui de l'équipe de santé régionale qui peut orienter le travail et communiquer les directives du ministère de la santé.

❖ La première étape consiste à répondre à la question: "Où sommes-nous maintenant?" et donc à effectuer l'analyse de la situation (ou l'évaluation de l'année écoulée):

Cette étape peut être longue surtout lors de la mise en place d'une nouvelle circonscription sanitaire. Par la suite, l'équipe de gestion sera habituée à superviser et connaîtra la circonscription, elle aura donc plus de facilités à identifier les problèmes et à définir les priorités. Lors du démarrage, l'équipe peut faire appel à la direction régionale de la santé ou à un appui extérieur pour cette étape.

Elle consiste à analyser la situation, à examiner les problèmes et les contraintes et à définir clairement les besoins et les priorités de la circonscription. Ceci peut se faire de différentes manières et parfois en combinant plusieurs approches:

#### Observation sur le terrain:

- ⇒ Visites de supervision des CSB et de l'hôpital
- ⇒ Analyse du fonctionnement des services
- ⇒ Observation de l'environnement

# Analyse des rapports du système d'information sanitaire et interprétation des tableaux de bord.

- ⇒ Un appui de la région ou du niveau central peut être nécessaire pour aider l'équipe de gestion à analyser les rapports d'activités et à élaborer des tableaux de bord.
- ⇒ Le tableau de bord permet d'évaluer et de comparer le niveau d'activités de chaque centre de santé.

#### Discussions avec le personnel de santé

⇒ Les discussions informelles avec le personnel de santé permettent d'évaluer leur connaissance et leur motivation. Elles permettent également de voir quelles sont leur difficultés au quotidien et comment surmonter certaines contraintes.

#### Discussions avec la communauté et avec les représentants de la population

⇒ Les discussions avec la communauté et avec les représentants de la population permettent de préciser quelles sont les attentes de la population. Elles permettent de se faire une certaine idée de la satisfaction des gens par rapport aux services de santé et de déterminer ce que l'on pourrait améliorer.

# <u>Discussions avec les organismes d'appui:</u>

⇒ Les organisations non-gouvernementales ou internationales qui apportent un appui à la santé dans la CS doivent être consultées avant d'élaborer le plan d'action. Elles peuvent apporter des précisions sur le type d'aide qu'elles sont prêtes à fournir et aider l'équipe de gestion à définir les priorités.

#### Prise de Connaissance des priorités et des plans nationaux:

⇒ Un rappel des priorités et des plans nationaux peut être utile. La direction provinciale doit être capable d'expliquer les différents éléments de l'organisation du district.

⇒ La direction régionale de la santé doit également informer les responsables de la CS au sujet des évolutions en cours au niveau central et être capable de fournir des explications si des changements de stratégie ou de politique sont en cours.

#### Définition des besoins et des priorités d'action.

- ⇒ Cette activité découle de l'analyse de la situation et doit être faite de préférence par toute l'équipe cadre et avec le comité de gestion.
- ⇒ Elle peut constituer la première partie d'un atelier de planification.
- **❖** La deuxième étape consiste à répondre à la question: " Où voulons nous aller?" et donc à fixer les Objectifs.

On distingue plusieurs types d'objectifs:

- Un objectif global (Améliorer la santé, réduire la mortalité maternelle, ...c'est l'équivalent d'un Impact)
- Les objectifs généraux (Ce sont des outcome)
- Les objectifs spécifiques ou résultats attendus (Ce sont des outputs)

Pour chacun des objectifs généraux, l'équipe définira des objectifs spécifiques.

**❖** La Troisième étape permet de répondre à la question: "Comment allons-nous faire pour atteindre les objectifs?"

Il s'agit d'élaborer concrètement le plan d'action. Cela consiste à définir pour chacun des objectifs spécifiques les activités à mettre en œuvre, qui va le faire, quand et comment, c'est à dire avec quelles ressources ? Idéalement cette étape doit être faite en équipe avec le support de la direction régionale de la santé.

Par exemple pour l'objectif spécifique qui serait "Construire 1 nouveaux CSB", les activités à réaliser seront les suivantes:

- Identifier les zones prioritaires d'implantation selon les critères élaborés par l'équipe de gestion de la CS.
- Rechercher le terrain le plus approprié
- Préparer le plan et les spécifications
- Soumettre le projet au Ministère de la santé
- Commencer et superviser la construction
- Réceptionner le bâtiment

Pour chacune des activités il faut déterminer qui est responsable, quel est le calendrier de travail et quelles sont les ressources nécessaires.

# Exercice d'analyse de situation

Si le temps le permet, faites faire en groupes l'exercice d'analyse de situation en annexe à ce document.

Si le temps ne le permet pas, rappel à l'aide des powerPoint des principaux éléments à prendre en compte dans une analyse de situation.

# La quatrième étape consiste à répondre à la question: Sommes-nous en train d'atteindre les objectifs? Sommes-nous sur le bon chemin? Avons-nous atteint les objectifs?

Au cours de la mise en œuvre, il faut observer les progrès réalisés par rapport à ce qui a été planifié. Le suivi de routine doit être fait régulièrement sur base de la supervision et de l'analyse des rapports d'activités et des tableaux de bord. Des indicateurs de suivi des différentes étapes peuvent —être définis au cours de la planification.

Le suivi de routine permet de répondre à la question: "Sommes-nous en train d'atteindre les objectifs"?

Les réunions du comité technique sont une excellente occasion d'assurer le suivi de routine et de discuter les problèmes rencontrés.

En plus du suivi de routine (Monitoring) des évaluations périodiques sont nécessaires pour faire un bilan plus complet (Par exemple tous les 3 mois, tous les 6 mois ou tous les ans.)

L'évaluation observe les progrès réalisés de manière globale. Elle permet de mettre en évidence les progrès réalisés, de vérifier et de mesurer le degré de réalisation des objectifs, d'examiner les contraintes, les problèmes et de chercher des solutions ou d'adapter le plan d'action.

L'évaluation de fin d'année permet de préparer le plan d'action de l'année suivante.

# 3.4 Analyse de situation (Première étape de la planification)

# 3.4.1 Introduction à l'analyse de situation 18

La première étape du cycle de la planification est l'analyse de la situation. Cette étape qui semble a priori la plus évidente peut comporter différents pièges :

- **Prendre trop de temps :** vouloir tout connaître sur la situation fait perdre trop de temps dans des enquêtes exhaustives et dans une récolte trop large des données.
- **Prendre trop peu de temps**: puisqu'on croit tout savoir et connaître, on risque d'oublier certains éléments qui dans la suite du cycle de la planification se révèleront indispensables.
- Ne pas tenir compte de l'ensemble des acteurs: Le planificateur a tendance à réaliser cette étape comme s'il était le seul acteur. Les autres intervenants des systèmes de santé ne sont pas pris en compte. Ce manque de considération peut se payer très cher par la suite: résistance aux changements, lutte de pouvoir de certains acteurs qui, à juste titre, s'estiment mis devant un fait accompli. Le mieux est de faire l'analyse de situation avec des acteurs qui seront incontournables dans l'intervention. On ne profite pas assez souvent de l'analyse de la situation pour faire se rencontrer les différents acteurs qui interviendront tôt ou tard dans le processus de planification (bailleurs, décideurs, acteurs, communautés).

65

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Ce chapitre s'inspire (1) du syllabus de planification élaboré par le prof B. Dujardin pour le master en santé et développement enseigné à l'ULB et (2) du cours à distance préparé par le Dr. I.Greindl pour l'enseignement du cours intensif sur les SIS enseigné à l'ULB.

 C'est en effet l'occasion ou jamais d'essayer de faire se rencontrer ces différents acteurs et de rapprocher leurs intérêts qui souvent peuvent être divergents. Une séance de discussion devrait précéder l'analyse de situation.

# 3.4.2 Domaines couverts par l'analyse de situation

Besoins de santé et environnement.	-	Situation démographique Besoins de santé
		Facteurs de risque
Services offerts en termes de ressources, activités et résultats sans oublier l'accessibilité.	•	Services de santé disponibles: gouvernementaux ou autres (Carte sanitaire) Ressources en services et professionnels de la santé Efficacité, efficience et qualité des services de santé concernés
Contexte socio- politique	-	Politique nationale Environnement politique

# 1. L'analyse des besoins et de l'environnement:

- Données de population, population à risque, population cible.
- Besoins de santé: Problèmes de santé prioritaires, données épidémiologiques
- Facteurs de risque, vulnérabilité

#### 2. L'analyse de l'offre

Celle-ci portera sur les services et ressources disponibles tant publiques que privées (INPUTS), sur les activités (PROCESSUS) sur les résultats (OUTPUTS) et également sur l'accessibilité des services.

En ce qui concerne les ressources (INPUT) elle pourra se pencher sur les différents éléments constitutifs d'un système de santé de qualité (Piliers du système de santé selon l'OMS):

- Un personnel de santé bien formé et suffisamment rémunéré;
- Des informations sur lesquelles fonder les décisions politiques et administratives;
- Des moyens logistiques pour acheminer les médicaments, les vaccins et les technologies là où l'on en a besoin;
- Un financement suffisant et une répartition des risques;
- Des installations bien entretenues organisées selon un système de prestation des services et d'orientation-recours; (Aussi bien public que privé)
- Des dirigeants/responsables qui définissent et appliquent les règles du jeu, établissent des orientations claires, tirent parti du potentiel de toutes les parties prenantes, et plus particulièrement des communautés et d'autres secteurs.

#### 3. L'analyse du contexte politique et de l'environnement social

Cette analyse permet de situer la circonscription sanitaire dans son contexte plus général.

# Exercice de définition de résultats attendus au niveau de la circonscription sanitaire

L'énoncé du résultat renferme un adjectif et répond aux interrogations suivantes :

- **QUOI?** L'énoncé décrit le type de changement escompté à l'aide d'un adjectif dérivé d'un verbe (accru, amélioré, renforcé, réduit)
- QUI? L'énoncé précise la population cible ou les bénéficiaires de l'intervention. Il précise l'unité de changement (individuel, groupe, organisation)
- **OÙ?** L'énoncé précise l'endroit où se produira le résultat.
- Le résultat est-il **mesurable**? Peut-il être mesuré au moyen d'indicateurs du rendement quantitatifs ou qualitatifs? Est-il facile de trouver, de rassembler et d'analyser les indicateurs de rendement en question?
- En groupes de travail (Voir Enoncé de l'exercice 2 30 minutes)
- Mise en commun (Une heure) : Chaque groupe présente ses résultats
  - o 10 minutes de présentation par groupe
  - o 10 minutes de discussion sur la présentation des groupes

Attention : veillez à ce que les résultats attendus soient clairement des produits des services de la circonscription sanitaire qui dépendent donc des activités faites dans les structures de soins.

#### Par exemple:

- Des personnes soignées
- Une meilleure couverture vaccinale
- Des communautés informées

# 3.5 Déterminer des objectifs. (Deuxième étape de la planification)

# 3.5.1 Une planification très opérationnelle

La planification des CS sera donc très opérationnelle. Il ne s'agit pas de décrire les manques ou « trous » à combler mais il y a toujours un équilibre à trouver entre un fonctionnement optimal attendu et l'action possible aujourd'hui ou demain.

- → On planifie les activités que l'on peut réaliser avec les ressources dont on dispose et celles que l'on peut raisonnablement espérer dans les années qui viennent.
- → On planifie pour le niveau auquel on se trouve, avec les ressources dont on dispose ou les ressources potentielles confirmées.
- → On distingue 3 champs de planification:
  - Assurer le fonctionnement habituel ;
  - Renforcer les services existants comme l'on peut, là où on le peut ;
  - Définir les besoins, préparer les dossiers liés à l'amélioration de la couverture sanitaire (implantation de nouveaux services, implication du privé, articulation entre les centres de santé et les hôpitaux.

En général, on fait un plan avec ce qui est souhaitable, on prévoit les ressources nécessaires, et on inscrit comme hypothèse la mise à disposition des ressources. S'il n'y a pas de démarches faisables pour trouver des ressources, la seule responsabilité de la circonscription sanitaire ou de la région est alors de définir précisément les besoins, d'argumenter et de préparer des requêtes.

En fait, on est assez proche d'un processus qui vise **l'autonomisation décisionnelle des structures intermédiaires et périphériques** ; en attendant les ressources hypothétiques, voyons ce qu'on peut faire là où on se trouve !

# 3.5.2 Détermination d'objectifs et de résultats attendus

L'énoncé du résultat renferme un adjectif et répond aux interrogations suivantes :

- QUOI? L'énoncé décrit le type de changement escompté à l'aide d'un adjectif dérivé d'un verbe (accru, amélioré, renforcé, réduit)
- QUI? L'énoncé précise la population cible ou les bénéficiaires de l'intervention. Il précise l'unité de changement (individuel, groupe, organisation)
- **OÙ?** L'énoncé précise l'endroit où se produira le résultat.
- Le résultat est-il **mesurable**? Peut-il être mesuré au moyen d'indicateurs du rendement quantitatifs ou qualitatifs? Est-il facile de trouver, de rassembler et d'analyser les indicateurs de rendement en question?

- Le résultat est-il réaliste et atteignable? Le résultat dépend-il de facteurs sur lesquels le projet ne peut exercer aucune influence ou aucun contrôle? Y a-t-il un juste équilibre entre le temps et les ressources affectées et la portée et l'ampleur des changements escomptés? Les résultats immédiats et intermédiaires sont-ils atteignables vu le niveau de financement et la durée du projet? Le résultat (immédiat ou intermédiaire) est-il atteignable durant le cycle de vie de l'investissement? Autrement dit, les changements escomptés peuvent-ils être, d'une façon réaliste, obtenus avant la fin de l'intervention?
- Le résultat attendu est-il **pertinent**? Va-t-il apporter une solution aux problèmes tels qu'ils ont été formulés ? Répond-il réellement aux besoins identifiés ? Tient-il compte des besoins et priorités des bénéficiaires déterminés au terme d'un processus participatif? Le résultat tient-il compte de la culture de la population locale?

# 3.5.3 Exemples d'objectifs à atteindre

**L'objectif global** est en général est généralement l'amélioration de la santé, ou encore la réduction de la mortalité maternelle, ou la diminution de telle ou telle maladie. Il représente **l'impact** attendu du programme sur la santé ou sur l'environnement.

Les objectifs généraux sont des objectifs qui contribuent tous à l'atteinte de l'objectif global. Ils représentent des outcomes du programme.

Si l'on veut lutter contre la mortalité maternelle par exemple, on peut viser deux objectifs généraux :

- Augmenter la couverture en planification familiale.
- Offrir une meilleure prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU)

Dans le contexte de la mise en œuvre des circonscriptions sanitaires, 3 objectifs généraux communs à toutes les circonscriptions pourraient être proposés:

- 1. Mettre en place les structures organisationnelles de la circonscription
- 2. Faire fonctionner les services de santé existants
- 3. Développer la couverture sanitaire

Les objectifs spécifiques, ou résultats attendus, sont des effets directs des activités menées dans la circonscription sanitaire et contribuent à la réalisation des objectifs généraux. Ce sont des OUTPUTs

Les objectifs spécifiques doivent être liés à l'objectif général et vont donc contribuer à atteindre l'objectif général. Ils doivent être concrets, réalistes et réalisables.

Ils doivent également être mesurables, c'est à dire que l'on doit pouvoir prouver que l'objectif est atteint une fois l'action terminée.

Par exemple pour l'objectif général: "Développer la couverture sanitaire", on pourra fixer les objectifs spécifiques suivants:

- Construire 1 nouveau centre de santé de base
- Former le personnel du nouveau centre de santé

Dans l'exemple ci-dessus, on évaluera si les résultats sont atteints en vérifiant que:

1 nouveau centre de santé est ouvert, le personnel a été recyclé

# 3.6 Déterminer comment atteindre les objectifs fixés (Troisième étape de la planification)

La Troisième étape de la planification permet de répondre à la question: "Comment allons-nous faire pour atteindre les objectifs?", c'est à dire à élaborer concrètement le plan d'action. Cela consiste à définir pour chacun des objectifs spécifiques (OUTPUTS) les activités à mettre en œuvre, qui va le faire, quand et comment (PROCESS) et avec quelles ressources (INPUT).

Idéalement cette étape doit être faite en équipe avec le support de la direction régionale de la santé.

Par exemple pour l'objectif spécifique "Construire 1 nouveau CSB",

Les activités à réaliser seront les suivantes:

- Identifier les zones d'implantation prioritaires selon les critères élaborés par l'équipe de gestion de la CS.
- Rechercher le terrain le plus approprié
- Préparer le plan et les spécifications
- Soumettre le projet à la région et au Ministère de la santé
- Commencer et superviser la construction
- Réceptionner le bâtiment
- Former le personnel

Pour chacune des activités il faut déterminer qui est responsable, quel est le calendrier de travail et quelles sont les ressources nécessaires.

Ces différents éléments peuvent être représentes selon le tableau suivant:

- ⇒ Objectif global : améliorer la santé de la population de la CS.
- ⇒ Objectif général: Améliorer la couverture sanitaire.
- ⇒ Résultat attendu: Ouvrir 1 nouveau CSB

Activités	Qui?	Quand?	Comment?
Identifier les zones prioritaires selon les critères élaborés par l'équipe.	Equipe de gestion de la CS.	Mois de Mars	
Rechercher le terrain le plus approprié	Equipe de gestion avec les autorités administratives (Mairie, autres)	Mois de Mars	Véhicule pour visiter les terrains
Former le personnel des centres de santé	Equipe de gestion avec le support de la direction régionale de la santé.	Avril-Mai- Juin	Lieu de stage Identifier les formateurs et le personnel.

## Introduction de la notion d'indicateurs

Ce chapitre est proposé à titre d'information mais ne pourra pas être développé en détail dans le temps imparti pour les formations en périphérie.

#### 3.7 Quelques notions d'indicateurs

#### 3.7.1 Définition des indicateurs

Dans la première étape du recueil de l'information, on ne dispose que de données brutes qui ne sont pas directement utilisables par tous les acteurs. Pour pouvoir être utilisées, ces informations doivent fournir des réponses aux questions que l'on se pose.

Par exemple: Le registre de la consultation curative fournit une liste des malades avec leurs symptômes, leur diagnostic et le traitement qu'ils ont reçu. Cela peut être utile pour le prestataire des soins mais si le responsable du centre de santé veut connaître le volume de travail de la consultation il a besoin de transformer ces données en une mesure synthétique qui a du sens par rapport à la question : par exemple le nombre de malades vus à la consultation pour une période donnée.

Un indicateur est une information qui fournit une indication pour la prise d'une décision. C'est une mesure qui décrit l'état ou le changement d'état, par comparaison dans le temps:

- d'une personne (ou groupe de personne)
- d'un objet (ou un groupe d'objets)
- d'une situation (relation entre différents éléments) qui peut être plus moins complexe.

Un indicateur, par comparaison, permet également d'apprécier des écarts

- par rapport à d'autres éléments comparables
- ou par rapport à des normes, des standards ou des objectifs

Les types d'indicateur quantitatifs les plus fréquemment utilisés sont les fréquences absolues d'un phénomène, les proportions, les taux, les ratios et les moyennes.

#### LA FREQUENCE ABSOLUE D'UN PHENOMENE

Le plus simple des indicateurs est la fréquence absolue d'un phénomène, observé pour une période donnée :

- nombre de nouveaux cas d'une pathologie
- nombre d'accouchements
- nombre d'enfants complètement vaccinés
- nombre de cas détectés d'une pathologie particulière
- nombre de décès totaux et par pathologie

Ce type de données est utilisé pour :

- connaître ou mesurer la charge de travail et les besoins en moyens (médicaments, personnel...)
- classer les pathologies détectées par ordre de fréquence absolue (1ère pathologie : diarrhée,
   2ème pathologie : infection respiratoire,...)
- détecter l'apparition de phénomènes exceptionnels; exemple : 1 cas de fièvre jaune diagnostiqué et confirmé suffit pour déclencher une alerte.

L'utilisation des fréquences absolues a des limites. En particulier, lorsqu'on veut comparer deux situations. Voici un exemple de relevés de fréquences absolues pour deux centres de santé A et B :

Tableau 1: Nombre de nouveaux cas/an de :

	CSB A	CSB B
Diarrhée	242	1613
Infection respiratoire	145	967
Paludisme	97	647
Bilharziose	0	2.500
Autres	464	5217
Total	948	10.994

Comme on peut le voir, la fréquence absolue ne permet pas de connaître l'importance d'un phénomène dans une population (1613 cas de diarrhées ont été diagnostiqués dans le centre de santé B en 1 an, est-ce beaucoup ou peu ?), ni de comparer des situations sanitaires concernant des populations différentes.

#### LES PROPORTIONS

Une proportion est un rapport entre deux quantités comparant une partie (numérateur) à un tout (dénominateur). Le numérateur est donc inclus dans le dénominateur. On l'exprime le plus souvent en pourcentage.

Les proportions sont utiles pour présenter des répartitions, par exemple :

- répartition budgétaire en rubrique
- principales causes de mortalité

Le classement des pathologies est souvent présenté sous forme de proportions : pour les 2 centres de santé (A, B), les pathologies observées ont été classées de la manière suivante :

**Tableau 2: Classement des pathologies** 

Centre de santé A	Nombre de NC	%
Diarrhée	242	25,5
Infection respiratoire	145	15,3
Paludisme	97	10,2
Bilharziose	0	0,0
Autres	464	48,9
Total	948	99,9

Les proportions montrent l'importance relative des pathologies dans l'activité de chaque centre de santé. Le classement des pathologies en proportion est une présentation différente du classement selon les fréquences absolue, tout en fournissant une information semblable.

Comme pour les fréquences absolues, il comporte également des limites lorsqu'on veut établir des comparaisons entre plusieurs situations. En se basant sur les proportions, on pourrait penser que le problème du paludisme est beaucoup moins important dans la région du centre de santé B; en réalité, l'importance des cas de bilharziose masque celui du paludisme.

#### **LES TAUX**

Pour comparer les deux situations, il faut mesurer le problème en fonction de la population. On utilise donc des indicateurs prenant en compte la population exposée.

Taux:

Rapport entre le nombre d'individus présentant un caractère spécifique pendant une période donnée et l'ensemble de la population susceptible de présenter ce caractère pendant la même période. Toute unité au numérateur provient de la population au dénominateur.

#### Exemples:

- Taux de fréquentation annuel : nombre de NC par an / population desservie par le centre de santé;
- Taux annuel de couverture de la 1è visite prénatale : nombre de 1ère visites prénatales par an / nombre de femmes enceintes dans l'année;
- Taux annuel d'incidence de la maladie X : nombre total de NC de la maladie x apparaissant dans la population pendant une période donnée / population totale exposée.
- Taux annuel de détection d'une pathologie : nombre de NC de cette pathologie se présentant au centre de santé, par an / population desservie par le centre de santé;
- Taux brut de mortalité annuel : nombre de décès par an / population totale exposée pendant l'année;
- Taux de létalité pour la maladie X sur une période de 1 an : nombre de décès par la maladie X dans l'année / Nombre de NC de la maladie X dans l'année

En utilisant des taux, dans l'exemple cité plus haut, les résultats des centres de santé A et B deviennent :

Tableau 3 : Taux de détection de quelques pathologies dans deux centres de santé

Population desservie par le centre de santé A : 3000 p.

Centre de santé A	Nombre NC	%	Nombre NC/pop.
Diarrhée	242	25,5	8,1
Infection respiratoire	145	15,3	4,8
Paludisme	97	10,2	3,2
Bilharziose	0	0,0	0,0
Autres	464	48,9	15,5

|--|

<u>Remarque</u> : il ne faut pas confondre taux de détection et taux d'incidence; tous les malades souffrant d'une pathologie ne se rendent pas au centre de santé.

#### Quelques valeurs de taux :

Le taux brut de natalité = Le Nombre de naissances pendant l'année \* 1000 / population au milieu de l'année)

Le Taux brut de mortalité = (Nombre de décès pendant l'année \* 1000 / population au milieu de l'année)

#### **LE RATIO**

Toute information ne peut pas se présenter sous forme de taux. Le Ratio ou indice comparatif est un rapport entre deux entités possédant chacune des caractères distincts.

#### Exemples:

- Ratio hommes/femmes: nombre d'hommes dans la population/nombre de femmes dans la population;
- Ratio médecins/habitants : nombre de médecins dans la région/nombre d'habitants de la région (exprimé pour 1000 habitants).
- Ratio lits/habitants : nombre de lits d'hospitalisation dans la région/ nombre d'habitants dans la région (exprimé pour 1000 habitants)

#### **LA MOYENNE**

- Séjour moyen d'hospitalisation
- Coût moyen d'un épisode de maladie
- Consommation moyenne mensuelle (CMM) de médicaments

#### 3.7.2 Choix des indicateurs

Les indicateurs doivent être choisis en fonction de ce que l'on veut mesurer (phénomène), de l'utilisation qui en a été prévue et de l'utilisateur. Il faut donc définir à quelle question un indicateur doit répondre (objectif de l'indicateur).

Lorsque l'indicateur est décrit précisément il faut encore juger de sa validité technique.

- l'indicateur est-il *sensible* ? Une variation du phénomène à mesurer entraînera-t-elle une variation de la valeur de l'indicateur?
- l'indicateur est-il *spécifique*? Une variation de la valeur de l'indicateur indique-t-elle nécessairement une variation du phénomène à mesurer? Est-ce que d'autres phénomènes ne peuvent pas faire varier la valeur de l'indicateur?
- l'indicateur est-il *valide* à proprement parler? Est-ce que la valeur de l'indicateur fournit la réponse à la question posée?

Si la réponse est positive aux trois questions, l'indicateur est alors bien choisi pour donner la réponse à la question posée. Sinon, il faut ou reformuler l'indicateur ou l'abandonner.

Il faut s'assurer que l'on peut obtenir les données nécessaires au calcul de l'indicateur à un coût raisonnable. D'autre part, les indicateurs doivent aussi rester simples que possible pour permettre un calcul aisé et une interprétation compréhensible par le plus grand nombre.

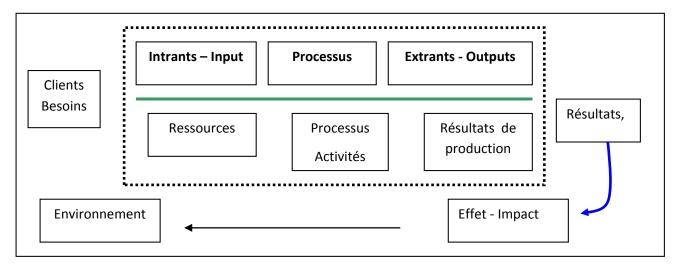
Lorsque l'on choisit un indicateur, il faut également préciser la période sur laquelle il doit porter, celle-ci varie en fonction de la nature du phénomène observé, de l'utilisation qui en est faite et du contexte de l'intervention.

- En général la plupart des indicateurs dérivés des activités (nombre de patients par pathologie, utilisation, nombre d'actes.....) sont calculés à une fréquence plus rapprochée que les indicateurs de population ou les indicateurs de ressources comme les infrastructures ou le personnel.
- Les indicateurs de population sont calculés à intervalles plus rapprochés dans les contextes de populations instables (camps de personnes déplacées ou réfugiées).

#### 3.7.3 Type d'indicateurs

La tendance actuelle est de décrire différentes classes d'indicateurs selon les composantes systémiques d'une organisation telles que nous les avons vues au début du module.

Figure 6: Composantes systémiques d'une organisation 19



A partir de ces composantes on peut en effet décrire successivement :

- 1. les moyens nécessaires, constitués par les ressources (humaines, physiques, financières) qui sont mobilisées : → INTRANTS (INPUT)
- 2. les activités qui sont effectivement menées avec ces différents moyens :
  - → PROCESSUS (PROCESS)
- 3. les résultats directs atteints : toutes ces activités permettent la mise en place effective de soins (production médicale) :
  - → PRODUCTION ou RESULTAT DIRECT (OUTPUT)
- 4. pour les bénéficiaires, il en résulte différents résultats (bénéfices), notamment à court terme :

  → RESULTATS INDIRECTS (OUTCOME)

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> Voyer Pierre, Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance. 2<sup>ème</sup> édition. Presses de l'université du Québec.

5. l'ensemble de ces résultats a des conséquences sur la santé en général, à plus long terme :

→ IMPACT (IMPACT)

ATTENTION les classifications en output, outcome et impact varient selon les auteurs et selon les écoles. Le schéma suivant est repris de l'approche systémique.

Tableau 4 : Classification des indicateurs selon l'approche systémique

Classe	Contenu	Exemples d'indicateurs	Commentaires
Intrants (Input)	Les ressources nécessaires pour la production des soins	<ul> <li>Nombre de personnel par catégorie et par habitants</li> <li>Equipement de base par type d'activité</li> <li>Montant des dépenses (exécution budgétaire)</li> <li>Allocation budgétaire par niveau</li> <li>Disponibilité des médicaments par niveau de soins</li> </ul>	<ul> <li>- Les indicateurs d'intrants décrivent la disponibilité et la répartition des ressources.</li> <li>- Ils dépendent de la tenue d'inventaires et d'informations budgétaires, pas toujours disponibles, surtout au niveau le plus périphérique.</li> <li>- Ces indicateurs renseignent sur l'état du système de soins et sa capacité à fournir les soins.</li> <li>- Ils renseignent aussi sur l'équité du système (répartition des ressources).</li> </ul>
Processus (Process)	Les activités de soins et la façon dont elles doivent se réaliser	<ul> <li>application effective et dans les délais des plans d'action</li> <li>réalisation des activités prévues</li> <li>Nombre d'interventions chirurgicales ou obstétricales réalisées</li> </ul>	<ul> <li>- Ils mesurent la réalisation réelle des actions dans le système de soins.</li> <li>- Ils participent à l'évaluation de la qualité des activités</li> <li>- Ils sont relativement faciles à relever, mais demandent une supervision efficace pour être validés.</li> </ul>
Production Ou résultats directs (Output)	Les soins effectivement prodigués	<ul> <li>nombre d'enfants vaccinés</li> <li>nombre de nouveaux cas dans les structures</li> <li>taux d'occupation des lits dans hôpitaux</li> </ul>	<ul> <li>- Ils mesurent directement la « production » du système de santé et donc le résultat des actions dans le système de soins de santé.</li> <li>- Ils sont le plus souvent accessibles à partir des structures du système (CS, hôpitaux) à travers les systèmes d'informations sanitaires.</li> </ul>
Résultats indirects (Outcome)	Les effets immédiats sur la santé	<ul> <li>- l'incidence et la prévalence de certaines maladies (VIH)</li> <li>- taux de vaccination complète</li> <li>- taux de césariennes</li> <li>- nombre de TB dépistés/ attendus</li> </ul>	<ul> <li>- Ils peuvent être liés aux prestations des services et donc aux actions menées dans le système de soins (par exemple, la baisse de l'incidence et de la prévalence des maladies cibles du PEV).</li> <li>- Ils peuvent néanmoins être également influencés par des facteurs extérieurs (par exemple, l'incidence et la prévalence des maladies diarrhéiques dépendent aussi de l'accès à l'eau potable) ou de l'influence des variations épidémiques naturelles (par exemple, l'incidence rougeoleuse)</li> <li>- Ces indicateurs nécessitent des investigations dans l'ensemble de la population, mobilisant ainsi des moyens de recherche parfois importants.</li> </ul>
Impact	Les conséquences sur la santé à long terme	<ul> <li>espérance de vie à la naissance,</li> <li>mortalité infantile</li> <li>mortalité maternelle</li> <li>prévalence des enfants mal nourris &lt; 5 ans</li> </ul>	- Ces indicateurs répondent lentement aux actions menées dans les systèmes de soins de santé - Ils sont également influencés par des facteurs extérieurs au système de soins tels que le développement économique, l'éducation, l'environnement, etc Leurs mesures sont difficiles et ne sont effectuées qu'à intervalles de longue durée.

# Exercice 1.

# Exercice d'analyse de situation de la circonscription sanitaire

- **⇒** 1. Décrivez la circonscription sanitaire dans lequel vous travaillez.
- 1.1 Proposer une représentation schématique de l'organisation de votre circonscription en prenant en compte l'ensemble des acteurs et en tentant de mettre en évidence la manière dont ils interagissent. (Maximum une page)
- 1.2 Explicitez en quelques mots quels sont les principaux objectifs (la finalité) de votre circonscription sanitaire en explorant les trois champs suivants: (Maximum une demi page)
  - Quels sont vos objectifs habituels?
  - Que devez-vous renforcer en priorité?
  - Quels sont les besoins les plus criants liés à l'amélioration de la couverture sanitaire (renforcement des services existants, implication du privé, articulation entre les centres de santé et les hôpitaux.)

⇒ 2. Définissez la population de responsabilité ou population cible de votre Circonscription

2.1 Quelle est la population concernée par votre Circonscription sanitaire ?

2.2 Donner la répartition et le nombre des populations cibles selon les catégories à risque

Population cible Nombre estimé % population totale Observation

2.3 Y-a-t-il des caractéristiques spécifiques à la population que vous voulez relever ?	

⇒ 3. Préciser quels sont les besoins de santé prioritaires de votre CS :
⇒ 4. Accessibilité des services
L'accessibilité dépend tout d'abord de la disponibilité des services et elle est généralement décomposée en accessibilité géographique, financière, culturelle, temporelle.
4.1 Disponibilité des services (Carte sanitaire)
Listez les principaux services disponibles au niveau de votre CS (Hôpitaux, centres de santé, polycliniques, services administratifs, autres)
4.2 Accessibilité géographique
Elle dépend également de la distance à parcourir pour joindre le service et des éventuels obstacles naturels ou autres. (Fleuve, montagne).
Donnez un exemple de mesure de l'accessibilité géographique de vos services :
4.3 Accessibilité financière
Donnez un exemple de mesure de l'accessibilité financière de vos services
⇒ 5. Utilisation du/des services
Le taux d'utilisation se mesure en nombre de premiers contacts avec les services.
5.1 Taux d'utilisation global
Donnez le taux d'utilisation global des services exprimé en nombre de Nouveaux Cas/habitants/an
Nb.de nouveaux cas durant l'année =

Population cible

5.2 Taux d'utilisation spécifique
Donnez les taux d'utilisation spécifiques par problème de santé prioritaire et par service.
6. Ressources
6.1 Ressources humaines
Donnez une appréciation des ressources humaines dont vous disposez dans circonscription sanitaire.
6.5 Commentaires
Commentez les ressources dont vous disposez. Faites si nécessaire une comparaison avec les normes requises.
⇒ 7. Activités
7.1 Brève description des activités
a) Existe-t-il un paquet minimum et/ou un paquet complémentaire d'activités défini dans votre système ? Oui 0 Non 0 (Cochez)
Si oui, lister les principales activités qu'il comporte :
b) Décrivez en quelques lignes les activités menées pour résoudre les problèmes prioritaires identifiés / la population cible

#### **⇒** 8 Résultats

#### 8.1 Bilan annuel

Présentez le bilan annuel d'une des activités prioritaires de votre programme sous forme de tableau. Vous pouvez présenter les résultats cumulés de plusieurs structures de santé.

Les résultats des activités s'expriment généralement en

Nombre de nouveaux cas, Nombre de patients mis en traitement, Taux de couverture. Taux de guérison,....

Pour chacun des éléments cités ci-dessous donnez pour votre propre système de santé

Un à trois indicateurs de mesure que vous utilisez régulièrement

Les sources d'information utilisées

Les résultats recueillis pour l'année 2013 ou 2014

Un commentaire succinct (Maximum 3 lignes)

- L'accessibilité
- L'utilisation
- Le processus (Choisissez une activité comme exemple)
- Les résultats
- L'efficience
- L'impact

Le résultat sera présenté sous forme de tableau comme suit :

	Indicateur	Source d'information	Résultats	Commentaire
Accessibilité				
Utilisation				
Processus				
Résultats				
Efficience				
Impact				

Donnez en quelques lignes les principales conclusions que vous tirez des résultats observés et
quelles sont les résolutions prises par les responsables suite aux conclusions faites.
·

# **Exercice 2**

# Exercice de définition de résultats Attendus au niveau de la circonscription sanitaire

Sur base de l'analyse de situation et des besoins identifiés
Définissez votre objectif global (Outcome ou Impact) :
Définissez un objectif spécifique qui permettra de contribuer à l'atteinte de l'objectif global.
<ul> <li>Définissez quels sont les principaux résultats attendus qui vous permettront d'atteindre cet objectif spécifique? (Output)</li> </ul>
Préciser quelles vont être les activités à mener pour arriver à produire ces résultats (Process
Quelles seront les ressources nécessaires pour mener ces activités (IP)

#### Annexe 1

## **Bibliographie**

- République Tunisienne/MSP/DSSB. « Programme de développement des circonscriptions sanitaires. Concepts et mise en œuvre ». Manuel réalisé avec le soutien de l'UNICEF.
- Journal officiel de la république Tunisienne. Décret N° 2000-2825 du 27 Novembre 2000, relatif à l'organisation des circonscriptions sanitaires.
- Moncef Sidhom, Mohamed Chahed, Vincent De Brouwere. Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. Rapport d'une mission auprès de la Direction des Soins de Santé de Base, organisée par l'UNICEF du 9 juin au 16 septembre 2013.
- Dialogue sociétal, santé en Tunisie Etat des lieux. Comité technique 2014.
- Expert Panel on effective ways of investing in Health), report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 July 2014).
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2008, Les soins de santé primaires maintenant plus que jamais.
- Muriel Meynckens-Fourez, Christine Vander Borght et Philippe Kinoo. « Eduquer et soigner en équipe» Manuel de pratiques institutionnelles. Didier Robin, Chapître 10, la réunion d'équipe. De Boeck.
- Josée Latendresse et Nathalie St-Pierre. «Communiquer et animer efficacement une réunion »
   © Centre 1, 2, 3 GO! <a href="http://www.rqvvs.qc.ca/documents/file/communiquer-animer-reunion.pdf">http://www.rqvvs.qc.ca/documents/file/communiquer-animer-reunion.pdf</a>
- http://atelier-management.ch/reussir-ses-reunions-dequipe-periodiques/
- Jean-Pierre d'Altilia, Jean-Pierre de Lamalle, Paul De Caluwé, Isaline Greindl, Frédérick Lecharlier, Alain Wodon. Système d'information sanitaire. 2ème édition. L'Harmattan., 2005