

Qualité adaptée au client : perspectives des clients et entraves aux soins

Liz C. Creel, Justine C. Sass et Nancy V. Yinger

« La perspective du client n'est pas seulement une question de préférences individuelles : elle s'exprime à travers le contexte social et culturel ».

(AbouZahr et al. 1996 : 450)

Pour offrir des soins de haute qualité, les prestataires doivent comprendre et respecter les besoins, les attitudes et les préoccupations de leurs clients. Les perceptions des clients sont à leur tour affectées par des facteurs personnels, sociaux et culturels. La recherche a mis en exergue les avantages de prendre en compte l'opinion des clients sur la qualité des soins. Cette dernière entraîne en effet une plus grande satisfaction de la clientèle, un usage continu et durable des services et une meilleure santé (Bertrand et al. 1995 ; Kols et Sherman 1998 ; Vera 1993).

La perspective des clients quant à la qualité affecte leur comportement tant avant qu'après la réception des services. Pourtant, la littérature aborde le plus souvent la perspective du client au moment de la réception du service. Ce dossier, consacré aux services de planification familiale, appréhende les deux perspectives en utilisant le cadre de l'initiative MAQ (Maximisation de l'accès et de la qualité) élaborée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). L'approche MAQ examine les éléments qui entravent l'utilisation des services par les clients et la perspective de ces derniers quant à la qualité des soins dans les cliniques (voir Encadrés 1 et 2, page 3).

Devant la porte : entraves à un comportement favorable à la santé

Les questions qui affectent la qualité des soins dépassent le cadre de la clinique et influencent les clients avant même leur visite. Nombreuses sont les femmes qui sont confrontées à des entraves socioculturelles, physiques et financières liées à leur sexe qui les découragent de se

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

La prise en compte de la perspective des clientes sur la qualité des soins entraîne une plus grande satisfaction de la clientèle un usage continu et durable des services et une meilleure santé.

faire soigner. Bien que les programmes de planification familiale prêtent une plus grande attention au rôle des hommes et des couples comme clients, la plupart des programmes s'adressent toujours principalement aux femmes.

Entraves socioculturelles

L'autonomie féminine

Dans beaucoup de régions du monde, les femmes ne disposent pas du pouvoir de décision, de la mobilité physique ou de l'accès aux ressources matérielles qui leur permettent d'obtenir des services de planification familiale. Souvent, l'utilisation des contraceptifs par les femmes dépend largement de l'approbation ou du rejet des services de planification familiale par l'époux ou la famille. Des recherches

« Ils en [Depo-Provera] parlent comme s'il s'agissait de la meilleure méthode de planification familiale, même si nous n'avons pas nos règles lorsque nous en prenons. Une femme n'est pas parfaite si elle n'a pas ses règles. »

(Makundi 2001 : 17)

récentes menées dans le nord du Ghana ont démontré que les femmes qui optent pour la contraception s'exposent souvent à des risques d'ostracisme social ou de conflit familial (Adongo et al. 1997). Dans certaines régions, les femmes doivent obtenir la permission de leur mari pour se rendre à une clinique ou se déplacer seules. Une situation qui mène souvent à une utilisation soit clandestine soit limitée des contraceptifs (voir section sur la confidentialité à la page 5 ; Biddlecom et Fapohunda 1998). En outre, dans certaines cultures, les femmes ne contrôlent pas leur vie sexuelle et sont parfois victimes de violence si elles offrent une résistance à leurs partenaires (Heise et al. 1995).

Normes socioculturelles

Les normes socioculturelles et les croyances religieuses influencent les choix des individus en matière de santé reproductive. Lors d'une étude menée au Pakistan, les chercheurs ont démontré que 76 % des maris et 66 % des femmes craignaient la colère de Dieu s'ils pratiquaient la planification familiale (Population Council 1997). Les méthodes de planification familiale peuvent aller à l'encontre des croyances bioculturelles. Par exemple, dans certaines sociétés, les femmes pensent qu'il est sain d'avoir des menstruations chaque mois et refusent par conséquent l'utilisation de contraceptifs injectables qui est souvent accompagnée de saignements irréguliers, de traces ou d'aménorrhée (pas de saignement mensuel). Il arrive que les prestataires ne tiennent pas compte de telles préoccupations car elles sont sans importance au sens clinique. En Tanzanie, une femme regrette les discussions sur les avantages du Depo-Provera : « Ils en parlent comme s'il s'agissait de la meilleure méthode de planification familiale, même si nous n'avons pas nos règles lorsque nous en prenons. Une femme n'est pas parfaite si elle n'a pas ses règles » (Makundi 2001 : 17).

La prise en compte des croyances du client peut aider les prestataires à adapter leurs ser-

vices en conséquence ou, si nécessaire, à éliminer les idées fausses. Les prestataires peuvent également combler de tels écarts en respectant les croyances de leurs clients et en établissant des liens entre ces croyances et les modèles médicaux de la santé (Hodgins 2000 ; Delbanco et Daley 1996).

Mythes et rumeurs

Les craintes, les rumeurs et les mythes liés aux méthodes de planification familiale peuvent décourager les femmes de recourir aux services. Une étude menée en Indonésie a démontré que les clients étaient convaincus que seuls les amis ou la famille connaissaient les effets secondaires exacts (Adongo et al. 1996). Les rumeurs et les mythes qui entourent la planification familiale peuvent aggraver les préoccupations éventuelles des clients quant aux effets secondaires, à la sécurité et à l'efficacité des différentes méthodes. Lors d'une étude menée au Kenya, un participant a déclaré que l'administration orale de contraceptifs « provoque des saignements du nez et de la bouche et la naissance d'enfants à deux têtes et sans peau » (Rutenberg et Watkins 1997 : 297). L'existence de telles croyances montre clairement qu'il importe de présenter les avantages et les inconvénients des méthodes de contraception.

Sexe et discrimination

Classe, appartenance ethnique, statut, âge et sexe conditionnent la relation des clients avec les services de planification familiale et de santé reproductive. Il se peut que les clients craignent le manque de respect ou la discrimination. En Jordanie, une étude a révélé que, dans les villes, les femmes pensaient que les clientes « qui avaient meilleure allure » recevaient de meilleures informations du personnel soignant (Mawajdeh et al. 1995). Selon une étude menée au Bangladesh et au Népal, il est apparu que les prestataires fournissaient moins d'informations et réservaient le traitement le plus irrespectueux

aux clientes les plus pauvres et les moins éduquées (Schuler et Hossain 1998). Dans certaines cultures, il arrive que les femmes ne soient pas disposées à recevoir des soins prodigués par des prestataires masculins ou que leur mari refusent qu'elles consultent un prestataire masculin, le manque de prestataires féminins étant dès lors susceptible de limiter l'accès des femmes aux services. En Bolivie, les femmes, qui étaient souvent trop timides pour parler à leur mari de l'utilisation de contraceptifs, étaient encore plus effrayées à l'idée d'en discuter avec un prestataire masculin (Velasco et al. 1997).

Accès

L'accès aux services constitue un élément fondamental mais complexe de la qualité des soins puisqu'il détermine le contact même du client avec le prestataire de services. Des études ont placé la distance et les coûts parmi les facteurs les plus importants qui limitent l'accès des femmes aux services (Bongaarts et Bruce 1995 ; Stash 1999 ; Bulatao 1998). Cependant, le degré auquel ces entraves limitent l'accès est largement influencé par la perception qu'ont les clients de la qualité.

Distance

Nombreuses sont les femmes qui ont beaucoup de difficulté à se rendre aux cliniques, lesquelles sont souvent très éloignées les unes des autres. Même si des services de transports publics sont disponibles, il est souvent inacceptable aux yeux de la société qu'une femme se déplace seule. En outre, la nécessité de parcourir de longues distances peut rendre difficile l'obtention par les femmes de soins à l'insu de leur famille.

Pourtant, la distance n'empêche pas l'accès. Certaines femmes préfèrent se rendre à une clinique plus éloignée si elles pensent y bénéficier de meilleurs services, y compris d'une gamme de soins plus étendue, de conseils utiles et d'horaires qui leur conviennent. Au Nigeria, 40 % des femmes interrogées dans 141 centres de services ne se rendaient pas à la clinique la plus proche de leur domicile. Parmi celles qui se rendaient à des cliniques plus éloignées, 90 % ont déclaré avoir pris cette décision car elles y obtenaient de meilleurs services (Mensch et al. 1994). Comme l'expliquait en Tanzanie une femme qui participait à une discussion de groupe ciblée : « La dis-

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

Encadré 1

La perspective des clients : arriver à la porte

Problèmes socioculturels

- Normes relatives à la planification familiale
- Autonomie féminine
- Mythes et rumeurs sur la planification familiale
- Crainte de la discrimination (sexe, appartenance ethnique, etc.)

La perception qu'ont les clients des services

- Efficacité
- Coûts
- Connaissances
- Traitement respectueux et amical

Accès physique

- Durée du déplacement
- Distance à parcourir jusqu'à la clinique
- Difficulté d'accès à la clinique

Besoins concurrents

- Collecte de nourriture et de combustible
- Création de revenus
- Autres priorités en matière de santé

SOURCE : Adapté de USAID/MAQ (1999).

Encadré 2

Satisfaction de la clientèle en matière d'accès aux soins et de la qualité de ces derniers

- Choix et disponibilité des méthodes
- Absence d'entraves bureaucratiques
- Sécurité et attrait de l'environnement physique
- Continuité des soins
- Constellation de services
- Compétence des prestataires
- Horaires et temps d'attente acceptables
- Coûts abordables des services
- Conseils efficaces
- Relations interpersonnelles

SOURCE : Adapté de USAID/MAQ (1999).

« En dépit du comportement exécrable des prestataires, il faut bien que je sois satisfaite. Nous avons beaucoup de chance lorsque nous recevons des médicaments gratuits à la clinique... Nous sommes pauvres. Comment pouvons-nous en exiger plus ? »

tance n'a pas d'importance du moment que l'on connaît les avantages résultant d'une longue marche » (Makundi 2001 : 20).

Coûts

Les coûts, y compris les frais de transport, de services et d'approvisionnements, peuvent constituer une autre entrave aux soins. L'enquête démographique et de santé (EDS) réalisée au Cambodge en 2000 a révélé que les femmes considéraient le manque d'argent comme l'entrave principale à l'obtention de soins de santé (National Institute of Statistics et ORC Macro 2000). Comme l'expliquait une femme lors d'une étude en Chine : « Bien sûr [quand vous êtes malade], vous allez voir le docteur. Mais si vous n'avez pas d'argent, comment faites-vous ? L'argent est la chose la plus importante. Si vous avez de l'argent, vous allez voir le docteur même si la seule façon d'y aller est à pied » (Wong et al. 1996 : 1152). Même les soins de santé reproductive ou autres qui sont gratuits ou peu onéreux impliquent des coûts, y compris la non-participation à des activités génératrices de revenus (AbouZahr 1996).

Très chargé, l'emploi du temps des femmes peut également limiter l'accès de ces dernières aux services, surtout si la clinique est éloignée. La garde des enfants, la préparation des repas, les tâches de nettoyage, la collecte de combustible et d'eau ainsi que des activités génératrices de revenus en dehors de la maison peuvent faire de l'obtention de soins un véritable luxe.

Dans la clinique : clients et qualité

Dans les recherches récentes, la perspective des clients sur les services qu'ils reçoivent occupe une place importante dans la tentative de compréhension et d'évaluation de la qualité des soins (Williams et al. 2000). Les perceptions des clients sont conditionnées par leurs valeurs culturelles, leurs expériences passées, leur perception du rôle du système de santé et les

interactions avec les prestataires. Ces perceptions affectent la manière dont les clients appréhendent les risques et les avantages des soins (Kelley et Boucar 2000).

La satisfaction de la clientèle ne signifie pas nécessairement que la qualité des soins est bonne : elle peut indiquer uniquement que les attentes sont faibles. Comme l'observait une femme au Bangladesh : « En dépit du comportement exécrable des prestataires, il faut bien que je sois satisfaite. Nous avons beaucoup de chance lorsque nous recevons des médicaments gratuits à la clinique... Nous sommes pauvres. Comment pouvons-nous en exiger plus ? » (Schuler et Hossain 1998 : 8).

Il se peut que les clientes se déclarent satisfaites des soins qu'elles reçoivent parce qu'elles veulent faire plaisir à l'enquêteur, parce qu'elles craignent d'être privées des soins à l'avenir ou parce que certaines de leurs croyances culturelles ou autres leur interdisent de se plaindre (Kols et Sherman 1998). De nombreuses clientes disposent de peu d'options et n'ont pas de point de comparaison. En outre, les différences d'éducation et de classe sociale entre les clients et les prestataires limitent souvent l'aptitude à évaluer la qualité des services qu'elles reçoivent.

La variété d'expériences et de contextes sociaux signifie que différents clients définissent la qualité de différentes manières. Cependant, on observe des tendances communes dans ce que les clients considèrent comme des éléments essentiels de la qualité des services.

Choix et disponibilité des méthodes

Les clientes souhaitent bénéficier d'une gamme de services. L'existence d'un large éventail de méthodes contraceptives permet aux clientes de trouver celles qui correspondent à leur situation médicale, à leur mode de vie et à leurs préférences (Ross et al. 2002). Lors de l'évaluation de neuf pays, la proportion des femmes qui déclaraient vouloir changer de méthode variait de 11 % (Maurice) à 48 % (Costa Rica). Les partici-

pantes à l'étude ont cité plusieurs raisons, notamment le coût des méthodes qu'elles préféraient, la difficulté d'obtenir leurs méthodes actuelles, l'incompatibilité de leur condition médicale avec d'autres méthodes et le rejet par la famille de certaines méthodes (U.S. Centers for Disease Control et Prevention Reproductive Health Surveys, 1991-1999, cité dans Upadhyay 2001). Un approvisionnement insuffisant est susceptible d'entraîner un manque de satisfaction et la fin du recours par les clientes aux services de planification familiale.

Les préjugés des prestataires, qui s'observent lorsque les prestataires pensent être mieux placés pour choisir la méthode la plus adéquate pour la cliente ou ont un penchant marqué pour certaines méthodes, peuvent empêcher les femmes d'utiliser une méthode adaptée à leur situation et à leurs besoins. Comme l'expliquait une femme au Kenya : « Je leur ai demandé de me donner les injectables. Ils m'ont répondu que la pilule me convenait et que je ne pouvais pas recevoir les injectables avec seulement deux enfants. J'ai alors décidé de tout arrêter et de ne jamais revenir » (Ndhlovu 1995 : 1). Si les clientes n'obtiennent pas la méthode ou le service de leur choix ou sont renvoyées sans avoir reçu un diagnostic satisfaisant, elles risquent de ne plus souhaiter bénéficier de soins (Cotten et al. 1992, cité dans Koenig et al. 1997 ; Pariani et al. 1991).

Traitement respectueux et amical

Des études ont révélé que les femmes sont plus susceptibles de rechercher des services de planification familiale et de s'y tenir si elles sont traitées avec respect et bienveillance (Vera 1993 ; Ndhlovu 1995 ; Kenny 1995, cité dans Stein 1998 ; Williams et al. 2000). Dans de nombreuses sociétés, la courtoisie est un signe que la cliente est considérée sur un pied d'égalité avec le prestataire. Des recherches démontrent que les clientes accordent une grande importance au ton et au comportement adoptés par le prestataire (Whittaker 1996 ; Schuler et Hossain 1998 ; Matamala 1998). Lors d'une étude menée au Zaïre, la plupart des femmes interrogées sur les qualités les plus importantes chez une infirmière ont mentionné en premier le style de communication, tel que le respect et l'attention, et en second les compétences techniques (Haddad et Fournier 1995).

Respect de la vie privée et confidentialité

Les clientes se sentent plus à l'aise si les prestataires respectent leur vie privée lors des consultations, des examens et des procédures. Dans une étude qualitative réalisée au Chili, entre 30 % et 50 % des patientes ont signalé un manque d'intimité lors des examens gynécologiques. Comme l'expliquait une femme : « L'examen et le nettoyage qui suit ne devraient pas être réalisés aussi publiquement. J'entends des hommes dans le couloir et cela me met vraiment mal à l'aise. Il devrait y avoir un rideau ou une porte. Je ne veux pas que tout le monde voit mon corps » (Matamala 1998 : 15).

Les clientes, surtout celles qui se procurent des services à l'insu de leur famille, se déclarent plus satisfaites des prestataires qui assurent la confidentialité de leurs besoins et de leurs informations (Whittaker 1996 : 443). Le manque d'intimité peut violer la pudeur féminine et décourager les femmes de participer activement au choix d'une méthode de planification familiale. Dans certains pays, l'utilisation de contraceptifs est une décision difficile et dangereuse qui peut mener à l'abandon, à la violence, à l'exclusion ou au divorce. Dans un pareil contexte, les femmes doivent avoir la garantie d'une confidentialité absolue.

Compétence des prestataires de services

Les clientes déclarent accorder autant d'importance aux compétences techniques des prestataires qu'à leur respect de la vie privée et de la confidentialité. La définition de la qualité utilisée par les clientes ne correspond pas toujours à la définition technique de la qualité. En Zambie, les clientes basaient leur jugement sur la minutie des examens qu'elles avaient subis (Ndulo et al. 1995). Au Chili, toutes les participantes, sauf une ont cité la propreté de la clinique comme un signe de la qualité des services offerts (Vera 1993). En définitive, les clientes évaluent les compétences techniques en fonction de la satisfaction de leurs besoins et de la résolution de leurs problèmes.

Informations et conseils

Les clientes souhaitent obtenir des informations qui correspondent à leurs besoins, à leurs désirs et à leur mode de vie. Étant donné que les clientes diffèrent en termes d'intention de procréation, d'attitude vis-à-vis de la planification familiale,

d'aptitude à prendre des décisions et autres facteurs qui affectent leurs choix en matière de contraception, elles ont besoin d'informations adaptées à leurs besoins individuels. Il se peut que les clientes qui sont bien informées et qui ont choisi une méthode contraceptive ne souhaitent pas recevoir d'informations détaillées sur les autres méthodes disponibles. Il se peut que d'autres clientes souhaitent obtenir des informations sur les procédures, le traitement, les risques et les effets secondaires. Une étude réalisée au Kenya a révélé que les femmes n'étaient pas satisfaites des informations qu'elles recevaient. Elles souhaitaient connaître un plus grand nombre de méthodes afin de pouvoir faire un choix adéquat (Ndhlovu 1995). Lors d'une étude en Indonésie, plus de 40 % des femmes souhaitaient plus d'informations sur les effets secondaires et plus de 26 % voulaient en savoir plus sur le fonctionnement des contraceptifs (Irwanto et al. 1997).

La fourniture de conseils plus complets, plus précis et adaptés aux besoins des clientes a été associée à une plus grande satisfaction de la clientèle ainsi qu'à une utilisation plus répandue des contraceptifs et à une meilleure rétention des clientes (Townsend 1991). Une étude réalisée en Indonésie auprès de 1 570 utilisatrices de Norplant a révélé que les femmes qui avaient reçu des conseils et des informations sur cette méthode étaient plus satisfaites que celles qui avaient été moins bien informées (Tan et al. 1995). Le projet Davao, aux Philippines, a permis de montrer que le manque de conseils aux clientes, le manque d'intimité lors des consultations et un nombre élevé de dossiers à charge constituaient d'importantes lacunes dans le programme de planification familiale de la province. L'identification des problèmes, la rétention des prestataires et l'utilisation de protocoles clairs pour les clientes ont abouti à des interactions clients-prestataires considérablement meilleures et ont permis de satisfaire les besoins des clientes, des prestataires et des directeurs de programmes (Costello et al. 2001).

Horaires et temps d'attente acceptables

De longues périodes d'attente et des horaires mal adaptés peuvent empêcher les clientes d'obtenir les services dont elles ont besoin. Au Malawi et au Sénégal, les longues attentes étaient une préoccupation pour les clientes.

Comme l'observait une cliente : « L'attente est un gros problème. Il m'arrive parfois de ne pas venir au rendez-vous quand je pense à toutes les heures que je devrai passer au centre » (Family Planning Service Expansion and Technical Support/John Snow, Inc. 2000 : 38).

Certaines cliniques n'affichent pas leurs heures d'ouverture ou ne s'occupent pas des clientes à certaines heures pendant lesquelles elles sont cependant censées être en service. Une étude au Kenya a démontré que bien que les cliniques soient officiellement ouvertes entre 8 heures et 17 heures, les prestataires décourageaient les clientes de venir l'après-midi et refusaient souvent de recevoir les femmes qui ne pouvaient se présenter que l'après-midi (Population Council 1995).

Services abordables

Les clientes sont habituellement plus susceptibles d'avoir recours à des services à faible coût. Pour des clientes du Kenya, le faible coût et la proximité des services étaient les deux facteurs les plus importants (Ndhlovu 1995). Une étude au Bangladesh a révélé que les familles consacraient de l'argent aux soins de santé uniquement en cas d'urgence. Les effets secondaires des contraceptifs et les problèmes qui y sont liés constituent rarement des urgences. C'est la raison pour laquelle un grand nombre des femmes interrogées avaient cessé l'utilisation de contraceptifs ou changé de méthode car elles ne pouvaient pas justifier les dépenses liées au traitement des effets secondaires (Schuler et al. 2001).

Les clients peuvent être disposés à accepter des coûts plus élevés s'ils pensent que les services seront de meilleure qualité. En Indonésie, une organisation non gouvernementale a établi que les clients étaient prêts à payer des frais raisonnables pour des services de qualité réservés aux femmes, y compris les soins pré- et post-natals, les vaccinations, la surveillance nutritionnelle ainsi que les écoles et les maternités (Sadasivam 1995).

Éliminer les entraves et améliorer la qualité des soins

Jusqu'à ce jour, la plupart des efforts déployés dans le but d'améliorer la qualité des services de

santé reproductive ont été concentrés sur la modification du comportement du prestataire et l'amélioration des infrastructures cliniques. Vingt-deux des 25 indicateurs MAQ se rapportent à ces aspects de la qualité des soins (voir Dossier N° 1, « Aperçu de la qualité des soins de santé reproductive : définitions et mesures de la qualité »). Seuls trois indicateurs MAQ se rapportent aux clientes : si les clientes participent activement à la discussion et à la sélection d'une méthode, si elles reçoivent la méthode de leur choix et si elles pensent que les prestataires assurent la confidentialité de leurs informations.

Les mesures destinées à éliminer les entraves à l'accès aux services ont été mises en œuvre de sorte à donner la possibilité aux clients et aux collectivités d'exiger des services de haute qualité et à améliorer l'attitude des clients face à l'obtention de soins. Une approche axée sur les clients permet à ces derniers d'identifier, d'exiger et d'obtenir des services, des approvisionnements, des informations et l'appui émotionnel dont ils ont besoin (Organisation mondiale de la Santé 1996, cité dans Kols et Sherman 1998).

Informer les clients

Les campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) permettent d'obtenir des clients avertis en dressant un profil de services de planification familiale et de santé reproductive de haute qualité et en fournissant des informations visant à permettre aux individus de comprendre les principes de la santé reproductive, de connaître leurs droits et de définir leurs attentes, et de prendre de bonnes décisions en matière de contraception. Les individus qui sont mieux informés ont tendance à réclamer des services de haute qualité et sont dans une meilleure position pour responsabiliser les prestataires de services (Schuler et Hossain 1998).

- Au Népal, le Radio Communication Project a recours à l'enseignement à distance pour accroître la demande en services de santé reproductive et pour améliorer la qualité des services. Ce programme comprend des activités de communication interpersonnelle et de sensibilisation tant pour les professionnels de la santé que pour les collectivités. Deux ans après le lancement du projet, les compétences techniques des professionnels de la santé et les interactions de ces derniers

avec les clients s'étaient améliorées et l'utilisation des services de planification familiale s'était répandue (Storey et al. 1999).

- En Égypte, le programme Gold Star, mis en œuvre par le ministère de la Santé et de la Population et le ministère de l'Information en vue d'améliorer les services et d'accroître la satisfaction de la clientèle dans les cliniques publiques, a permis de faire comprendre l'importance des normes de qualité et de répandre l'idée que les cliniques Gold Star offraient des soins et des consultations de haute qualité (*Communication Impact!* 1998).
- En Indonésie, une action « Smart patient » a proposé aux clientes une séance de formation de 20 minutes sur le droit des patientes à obtenir des informations, à poser des questions, à exprimer leurs préoccupations et leurs opinions et à demander des éclaircissements. Les clientes qui avaient bénéficié de cette séance posaient beaucoup plus de questions aux prestataires que le groupe de référence (Kim et al. 2000 ; Kim et al. 2001).

Impliquer les collectivités dans les mesures d'amélioration de la qualité

L'implication de groupes et de coopératives de femmes et d'organisations féminines de développement communautaire dans la définition des éléments pour améliorer la qualité est susceptible d'attirer de nouveaux clients et d'encourager la communauté à exiger des prestations de soins de qualité. En Amérique latine, deux projets ont réussi à associer les prestataires et les collectivités à la définition de la qualité et à l'amélioration des services.

- Au Pérou, le projet *Puentes* (Jeter des ponts) a rassemblé les membres de la collectivité et les prestataires de services qui, ensemble, ont produit et présenté des programmes vidéo et des sociodrames qui montraient comment les deux groupes définissaient la qualité. Après avoir identifié les zones nécessitant des améliorations, les deux groupes ont élaboré des plans d'action et des objectifs communs, tels que l'affichage des tarifs et des horaires dans les cliniques. Les deux groupes se réunissent tous les trois mois pour évaluer l'avancement des travaux. Selon le ministère de la Santé, le recours aux services de planification familiale et de sur-

vie de l'enfant s'est répandu et les clientes sont mieux traitées (Howard-Grabman 2000a ; Howard-Grabman, communication personnelle, 2001).

- En Bolivie, les collectivités et les prestataires de services ont créé un système d'informations dans le but de fournir des données aux deux groupes pour leur permettre de prendre des décisions, de fixer les priorités, de planifier des activités et de surveiller conjointement l'avancement des travaux. Les données sont présentées sous la forme de graphiques faciles à comprendre qui permettent à la collectivité de comprendre les problèmes locaux en matière de santé et de fixer ses priorités sanitaires (Howard-Grabman 2000b).

Effets politiques

Les décideurs et les directeurs de programmes peuvent définir les manières d'accorder une place plus importante à la clientèle dans les services de santé reproductive et de planification familiale. Des services axés sur les clients ne correspondent pas uniquement à des normes techniques de la qualité. Ils répondent également aux besoins des clientes qui souhaitent bénéficier d'un choix et de la disponibilité des méthodes, d'un accueil respectueux et amical, du respect de leur vie privée et de leurs informations personnelles, de prestataires de services professionnels et compétents, d'informations et de conseils, d'heures de services adéquates et de temps d'attente acceptables. La mise en œuvre de mesures visant à améliorer la satisfaction de la clientèle, à accroître les compétences et l'expertise des prestataires et à éliminer les entraves aux soins sont autant d'éléments essentiels qui feront que les clientes continueront à avoir recours aux services pour répondre à leurs besoins de santé reproductive.

En intégrant tant la perspective des clients que celle des prestataires dans les efforts visant à améliorer la qualité des soins, les décideurs et les directeurs de programmes pourront favoriser la compréhension des besoins et des contraintes des deux groupes. La définition d'objectifs communs pour améliorer la qualité des soins permettra de répandre et de consolider le recours aux services de santé et d'améliorer les résultats sanitaires pour les femmes, les hommes et les couples.

Note

Des références sont fournies dans une publication distincte de la série *Nouvelles perspectives* disponible sur notre site Web à www.prb.org/Nouvellesperspectives.

Remerciements

Liz C. Creel, Justine C. Sass et Nancy V. Yinger du Population Reference Bureau (PRB) ont préparé ce dossier en collaboration avec Kristina Lantis, Cynthia P. Green et Stephanie Joyce du Population Council.

Le PRB remercie également l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) d'avoir soutenu ce projet. Le présent rapport a été financé par le biais de FRONTIÈRES et MEASURE *Communication*, en vertu des accords de coopération n° HRN-A-00-98-00012-00 et HRN-A-00-98-000001-00 respectivement.

Nous remercions spécialement les réviseurs suivants : Michal Avni, Sarah Harbison, James Shelton, et Kellie Stewart, USAID Bureau for Global Programs, Office of Population ; Ian Askew, James Foreit, Anrudh Jain, Federico León, Saumya RamaRao, Laura Raney et John Townsend, Population Council ; Jane Bertrand, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communication Programs ; Elaine Murphy, Program for Appropriate Technology in Health ; Jan Kumar, EngenderHealth ; et Abbas Bhuiya, International Center for Diarrheal Disease Research, Bangladesh.

Conception et production : Heather Lilley, PRB

Rédaction : Kathleen Maguire, PRB

Traduction : Eriksen Translations

© Décembre 2002, Population Reference Bureau



POPULATION REFERENCE BUREAU
MEASURE *Communication*
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 É.-U.
Tél. : 202-483-1100
Fax : 202-328-3937
E-mail : popref@prb.org ou measure@prb.org
Site Web : www.prb.org ou www.measurecommunication.org



Imprimé à l'encre de soja



POPULATION COUNCIL
4301 Connecticut Ave., NW, Suite 280, Washington, DC 20008 É.-U.
Tél. : 202-237-9400
Fax : 202-237-8410
E-mail : frontiers@pcdc.org
Site Web : www.popcouncil.org/frontiers/frontiers.html