

Université de Montréal

**Analyse d'implantation d'initiatives d'amélioration continue de la qualité des soins aux  
personnes vivant avec le VIH en Haïti**

*Par*

Joseph Adrien Emmanuel Demes

École de Santé Publique, Université de Montréal

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Ph.D.  
En Santé Publique, option Systèmes, Organisations et Politiques de Santé

Octobre 2021

© Joseph Adrien Emmanuel Demes, 2021



Université de Montréal

Unité académique : École de Santé Publique Université de Montréal

---

*Cette thèse intitulée*

**Analyse d'implantation d'initiatives d'amélioration continue de la qualité des soins aux  
personnes vivant avec le VIH en Haïti**

*Présentée par*  
**Joseph Adrien Emmanuel Demes**

*A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes*

**Carl Ardy Dubois**  
Président-rapporteur

**Lambert Farand**  
Directeur de recherche

**Marie-Pascale Pomey**  
Codirectrice

**François Champagne**  
Codirecteur

**Sherri Lynn Bisset**  
Membre du jury

**Hélène Laperrière**  
Examinatrice externe





## Résumé

Cette thèse vise à mieux comprendre le processus d'implantation des initiatives d'amélioration de la qualité des soins en Haïti. Un programme national d'amélioration continue de la qualité, HEALTHQUAL-Haïti, a été choisi pour la réalisation d'une analyse d'implantation. Pour être systématique dans cette recherche évaluative, le modèle logique du programme d'amélioration continue de la qualité (PACQ) HEALTHQUAL-Haïti a été réalisé. Ce modèle a permis par la suite de poser les bonnes questions pour déterminer le degré de mise en œuvre de HEALTHQUAL-Haïti. Puis les facteurs qui ont facilité ou entravé la mise en œuvre du PACQ ont été analysés.

Il s'agit d'une thèse par article. Trois (3) articles constituent le cœur de cette thèse : le premier présente le processus d'élaboration du modèle logique de HEALTHQUAL-Haïti ; le second apprécie le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti ; le troisième présente les facteurs qui influencent le degré de mise en œuvre de HEALTHQUAL-Haïti. Ce dernier montre un cadre conceptuel avec différentes perspectives théoriques pour expliquer la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti tenant compte de la réalité empirique.

Des facteurs externes et des facteurs internes influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL : les facteurs externes, particulièrement les caractéristiques des réseaux, la capacité de négociation, la capacité de mobilisation de ressources, la capacité de vaincre les résistances au changement, l'héritage politique, les normes institutionnelles, la situation socio-politique du pays et des facteurs internes comme le leadership partagé, l'appropriation du processus par les acteurs, le jeu de pouvoir, l'apprentissage organisationnel, la structure organisationnelle, le degré de motivation des prestataires, la culture des prestataires et la disponibilité des ressources.

Un résultat fondamental, c'est que les modèles du changement, pris de façon isolée, n'expliquent que partiellement la mise en œuvre. Par ailleurs, c'est une configuration de facteurs tant externes qu'internes qui déterminent le degré de mise en œuvre à un moment donné. Sept (7) modèles du changement ont été retenus : le modèle politique, néo-institutionnel, psychologique, de l'apprentissage organisationnel, du développement organisationnel, le modèle structurel et le modèle rationnel. La culture organisationnelle interagit avec les variables des différents modèles du changement soit pour faciliter ou entraver la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Ces différentes combinaisons de facteurs forment des archétypes, qui, à un moment donné, déterminent le degré d'implantation du programme HEALTHQUAL.

**Mots-clés** : Amélioration Continue de la Qualité, Modèle Logique, Analyse d'implantation, Étude de Cas, Recherche Évaluative, Modèle du Changement, Déterminants Mise en Œuvre.

## **Abstract**

This thesis aims to better understand the process of implementing initiatives to improve the quality of care in Haiti. We have chosen a national continuous quality improvement program, HEALTHQUAL-Haïti, to conduct an implementation analysis using case studies. To be systematic in our evaluative research, we first produced the logic model of the Continuous Quality Improvement Program, HEALTHQUAL-Haiti. This model then allowed us to ask the right questions and select the right variables to analyze the degree of implementation of HEALTHQUAL-Haïti. We then looked at the factors that facilitated or hindered the implementation of the HEALTHQUAL-Haiti program.

We have opted for a thesis by articles. Three (3) articles constitute this thesis: The first presents the process of developing the logical model of HEALTHQUAL-Haiti; the second assesses the degree of implementation of the HEALTHQUAL-Haiti program; the third presents the factors that influence the degree of implementation of HEALTHQUAL-Haiti. This last one describes a conceptual framework taking into account different theoretical perspectives to explain the implementation of the HEALTHQUAL-Haïti program.

External and internal factors influence the implementation of the HEALTHQUAL program: external factors, particularly the characteristics of networks, negotiation capacity, capacity to mobilize resources, capacity to overcome resistance to change, political heritage, institutional norms, socio-political situation of the country, and internal factors such as shared leadership, ownership of the process by actors, power, organizational learning, organizational structure, level of motivation of providers, culture of providers, and availability of resources.

What has been found is that models of change, taken in isolation, only partially explain implementation. Furthermore, we observed that it was a configuration of both external and internal factors that determined the degree of implementation at any given time. The different variables or concepts of seven models of change were considered: the political, neo-institutional, psychological, organizational learning, organizational development, structural and rational models. Organizational culture interacts with the variables of the different change models either to facilitate or hinder the implementation of the HEALTHQUAL program. These different

combinations of factors form archetypes, which at any given time determine the implementation of the HEALTHQUAL program.

**Keywords:** Continuous Quality Improvement, Logic Model, Implementation Analysis, Case Study, Evaluative Research, Change Model, Determinants of Implementation.

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>5</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>7</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>13</b>
<b>Liste des sigles et abréviations</b> .....	<b>17</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>21</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>23</b>
Mise en contexte (situation d'Haïti) .....	<b>23</b>
Contexte du programme HIVQUAL/HEALTHQUAL .....	<b>29</b>
Problématique et pertinence de la recherche.....	<b>32</b>
Objectif général de la recherche.....	<b>34</b>
Objectifs spécifiques de la recherche.....	<b>34</b>
<b>ÉTATS DES CONNAISSANCES</b> .....	<b>34</b>
Définition de la qualité.....	<b>34</b>
PACQ (programme d'amélioration continue de la qualité).....	<b>36</b>
Philosophie d'amélioration continue de la qualité.....	<b>37</b>
Déterminants des PACQ (programme d'amélioration continue de la qualité) et modèles du changement.....	<b>40</b>
<b>Cadre d'analyse</b> .....	<b>53</b>
Cadre d'analyse : degré d'implantation du PACQ .....	<b>53</b>
Cadre d'analyse : facteurs déterminants des PACQ .....	<b>54</b>
<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>58</b>
<b>1. Modéliser le PACQ</b> .....	<b>59</b>
Stratégie de recherche.....	<b>59</b>
Validité .....	<b>60</b>
Échantillonnage .....	<b>60</b>
Qualité des instruments.....	<b>62</b>
Méthode de collecte (voir annexe 2).....	<b>62</b>
Analyse des données .....	<b>63</b>
<b>2. Apprécier le degré de mise en œuvre du PACQ</b> .....	<b>63</b>
Stratégie de recherche.....	<b>63</b>
Validité .....	<b>66</b>
Population cible/Échantillonnage .....	<b>66</b>
Qualité des instruments.....	<b>70</b>
Méthode de collecte.....	<b>71</b>
Analyse des données .....	<b>71</b>
<b>3. Analyser les déterminants de la mise en œuvre du PACQ</b> .....	<b>72</b>
Stratégie de recherche.....	<b>72</b>
Validité .....	<b>73</b>
Population cible/Échantillonnage .....	<b>74</b>
Qualité des instruments.....	<b>75</b>
Méthode de collecte (voir tableau 5) .....	<b>75</b>
Analyse des données .....	<b>76</b>
<b>4. Aspect éthique et positionnement du chercheur</b> .....	<b>79</b>
<b>5. Réalisation de la recherche/Échéancier (voir annexe 7)</b> .....	<b>80</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>81</b>
<b>Article 1. Developing a Logic Model for a Continuous Quality Improvement Program, HEALTHQUAL-Haïti</b> .....	<b>81</b>
<b>Highlights</b> .....	<b>82</b>

<b>Abstract</b> .....	<b>83</b>
<b>Abbreviations</b> .....	<b>84</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>85</b>
<b>Importance of Modeling</b> .....	<b>86</b>
<b>Modeling Approaches in the Literature</b> .....	<b>87</b>
<b>Methods and Materials</b> .....	<b>88</b>
<b>Approach to Logic Model Development</b> .....	<b>88</b>
<b>Data Sources</b> .....	<b>88</b>
<b>Data Analysis</b> .....	<b>89</b>
<b>Results</b> .....	<b>90</b>
<b>Discussion and Lessons Learned</b> .....	<b>99</b>
<b>Conclusions</b> .....	<b>100</b>
<b>Curriculum Vitae of the Authors</b> .....	<b>102</b>
<b>Appendices</b> .....	<b>103</b>
Appendix A. Logic Model: Definition of Key Terms .....	103
Appendix B. Data Collection: Logic Model .....	105
Appendix C. Semi-Structured Interview Guide.....	105
Appendix D. Documents Consulted to Develop the Logic Model .....	106
Appendix E. Codebook : Logic Model .....	111
Appendix F. Code Frequencies.....	115
<b>References</b> .....	<b>121</b>
<b>Article 2. Analyse du degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti</b> .....	<b>123</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>124</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>125</b>
La littérature scientifique sur la conceptualisation des programmes de qualité .....	125
Le modèle logique du programme HEALTHQUAL-Haïti.....	127
<b>Méthodologie</b> .....	<b>130</b>
<b>Résultats</b> .....	<b>139</b>
<b>Discussion</b> .....	<b>154</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>157</b>
<b>Références</b> .....	<b>159</b>
<b>Annexe</b> .....	<b>162</b>
Annexe 1. Grille d’analyse (vierge).....	162
Annexe 2. Codebook (livre de code) utilisé pour évaluer le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL avec le logiciel Atlas ti.....	167
Annexe 3. Brève présentation de l’outil d’évaluation organisationnelle du programme HEALTHQUAL .....	168
<b>Article 3. Facteurs influençant la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti</b> .....	<b>171</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>172</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>174</b>
<b>Méthodologie</b> .....	<b>182</b>
<b>Résultats</b> .....	<b>189</b>
<b>Discussion</b> .....	<b>254</b>

<b>Conclusion .....</b>	<b>268</b>
<b>Références.....</b>	<b>274</b>
<b>Annexe .....</b>	<b>289</b>
Annexe 1. Codebook (livre de code) utilisé pour évaluer les facteurs influençant la mise en œuvre programme HEALTHQUAL avec le logiciel Atlas ti.....	289
<b>DISCUSSION GLOBALE .....</b>	<b>294</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>328</b>
<b>Références bibliographiques complètes .....</b>	<b>335</b>
<b>Annexes générales .....</b>	<b>359</b>
Annexe 1. Présentation programme HEALTHQUAL.....	360
Annexe 2. Guide d’entrevue et de focus groupe : modélisation du PACQ .....	365
Annexe 3. Guide d’entrevue : mesure du degré de mise en œuvre et les déterminants (équipe qualité, professionnels, gestionnaires).....	367
Annexe 4. Guide d’entrevue sur le degré de mise en œuvre et les déterminants (direction/administration hôpital ou établissement de santé) .....	370
Annexe 5. Guide d’entrevue sur le degré de mise en œuvre et les déterminants : partenaires, représentants ONG, représentants MSPP, représentants comité de pilotage national, comité national de mentorat, représentants au niveau départemental.....	373
Annexe 6. Formulaire de consentement éclairé.....	375
Annexe 7. Échéancier .....	379





## **Liste des tableaux**

### **États des connaissances**

Tableau 1 : Liste des éléments constituant un programme d'amélioration de la qualité .....	54
Tableau 2. Facteurs déterminants de l'implantation des PACQ en fonction des modèles théoriques du changement.....	55

### **Méthodologie**

Tableau 3. Répartition des entrevues et observations par site.....	69
Tableau 4. Représentants hors sites.....	69
Tableau 5. Méthode de collecte des données et mode d'analyse .....	77

### **Article 1. Le modèle logique du programme HEALTHQUAL-Haïti**

Table 1. Logic model elaboration approaches described in the literature.....	86
Table 2. Evolution of the logic model and data sources.....	89
Table 3. Logic model: First version in table format.....	92

### **Article 2. Degré de mise en œuvre programme HEALTHQUAL-Haïti**

Tableau 1 : Cadre pour l'analyse du degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité des soins en Haïti .....	127
Tableau 2. Modèle logique programme HEALTHQUAL-Haïti .....	129
Tableau 3 : dimensions sélectionnées pour l'analyse du degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité des soins en Haïti.....	131
Tableau 4. Relation entre le score total et le degré de mise en œuvre .....	139
Tableau 5 : Degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité au niveau de HUP en 2016 .....	141
Tableau 6 : Degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité au niveau de HUP en 2018.....	144
Tableau 7 : Degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité au niveau de CDS La Fossette 2019 .....	147
Tableau 8 : Degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité au niveau de l'Hôpital St Damien / NPFS en 2019 et 2020 .....	150

### **Annexe article 2**

Tableau 1. Synthèse des données collectées en fonction des concepts du modèle logique .....	162
Tableau 2. Cadre pour l'évaluation organisationnelle dans le programme HEALTHQUAL-Haïti.....	169

### **Article 3. Déterminants de la mise en œuvre**

Tableau 1. Classification des thèmes émergents de la recherche dans les modèles du changement .....	219
---	-----



## **Liste des figures**

### **Article 1. Modèle logique du programme HEALTHQUAL-Haïti**

Figure 1. Logic model HEALTHQUAL-Haïti version 1 (March 19, 2013).....	93
Figure 2. Logic model HEALTHQUAL-Haïti version 2 (March 30, 2013).....	94
Figure 3. Logic model HEALTHQUAL-Haïti version 3 (May 27, 2013).....	95
Figure 4. Logic model HEALTHQUAL-Haïti version 4 (July 24, 2013).....	96
Figure 5. Logic model HEALTHQUAL-Haïti version 5 (August 1, 2013).....	97
Figure 6. Logic model HEALTHQUAL-Haïti version 6 (January 12, 2016).....	98

### **Article 2. Degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti**

Figure 1. Modèle logique HEALTHQUAL : Version simplifié sous forme de diagramme.....	128
Figure 2. Période d'évolution du Programme HEALTHQUAL-Haïti.....	140
Figure 3. Cycle de vie du programme HEALTHQUAL-Haïti en fonction du temps.....	156

### **Article 3. Déterminants mise en œuvre programme HEALTHQUAL-Haïti**

Figure 1. Modèle conceptuel émergent suite à la collecte et l'analyse des données du cas 3.....	190
Figure 2. Configuration du réseau d'acteurs de l'HUJ.....	200
Figure 3. Configuration du réseau d'acteurs autour du centre de Santé La Fossette.....	201
Figure 4. Configuration du réseau CMMB et « nos petits frères et sœurs » (NPFS) de l'hôpital Saint Damien.....	203
Figure 5. Interaction entre le modèle néo-institutionnaliste, le modèle politique, le modèle de développement organisationnel et le modèle structurel et la culture organisationnelle.....	248
Figure 6. Interaction entre le modèle rationnel, le modèle politique, le modèle de développement organisationnel et la culture organisationnelle.....	251
Figure 7. Interaction entre l'apprentissage organisationnel et le modèle rationnel, le modèle politique, le modèle de développement organisationnel et la culture organisationnelle, l'héritage politique et le leadership.....	253



## Liste des sigles et abréviations

AIDS	: Acquired Immuno-Deficiency Syndrome
AQ	: Amélioration de la qualité
ACQ	: Amélioration continue de la qualité
ARV	: Anti rétro-viral
CDC	: Center for Disease Control
CDS	: Centre pour le développement et la Santé
DME	: Dossier médical électronique
EMR	: Electronic Medical Record
FOSREF	: Fondation pour la Santé reproductive et l'éducation familiale
GHESKIO	: Groupe haïtien d'études du sarcome de Kaposi et des infections opportunistes
HUEH	: Hôpital de l'université d'État d'Haïti
HUJ	: Hôpital universitaire justinien
HUP	: Hôpital universitaire la paix
I-TECH	: International Training and Education Center for Health
MESI	: Monitoring évaluation et surveillance intégrée
MSPP	: Ministère de la Santé publique et de la population
NASTAD	: National Alliance of State and Territorial AIDS Directors
NPFS	: Nos petits frères et sœurs
OEV	: Orphelins et enfants vulnérables
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAQ	: Programme d'amélioration de la qualité
PACQ	: Programme d'Amélioration Continue de la Qualité
PEPFAR	: President Emergency Plan for AIDS Reduction
PIH	: Partner in Health
Sida	: Syndrome immunodéficience humaine acquise
PVVIH	: Personnes vivant avec le VIH
CHARESS	: Centre Haïtien pour le renforcement du système de Santé
SIMS	: Site Improvement through Monitoring System
SIS	: Système d'information sanitaire
SISNU	: Système d'information sanitaire nationale unique
UGP	: Unité de gestion de projet
UMF	: Unité de médecine familiale (HUJ, Cap)
ZL	: Zanmi La Sante



*À ma maman, madame Andrine Arétus qui, à un moment où je voulais abandonner les études de doctorat en santé publique, m'a encouragé à aller jusqu'au bout avec la thèse; à mon père, M. Georges Demes qui m'a montré le chemin de la vérité, de la spiritualité, du lâcher prise, de la sagesse, de l'altruisme et de l'humilité ; à ma mère, madame Louisiane Dessables, qui est malheureusement décédée, mais qui a joué un rôle déterminant dans ma vie et qui a su modeler mon caractère et qui m'a appris la résilience, la confiance, la foi, le contrôle de soi et surtout l'importance de l'amour ; à mon directeur de thèse, professeur Lambert Farand, MD, Ph.D. sans qui cette thèse n'aurait jamais pu se concrétiser ; à ma maman américaine, « Sister Bernadette » et mon père canadien, Al Palin, qui m'ont appris l'ouverture d'esprit, la tolérance et le charme de grandir dans un environnement multiculturel ; à mon frère américain Caleb, mon modèle et ma source de fierté ; et enfin, en dernier, mais pas des moindres, à « manmi Cassa » (madame Cassamajor) qui a joué un rôle déterminant dans ma vie.*





## Remerciements

Je remercie tout d'abord le grand architecte de l'univers qui a mis sur mon chemin le professeur Lambert Farand, l'équipe d'encadrement de l'Université de Montréal (professeure Marie-Pascale Pomey, professeur François Champagne) afin de m'aider à réaliser ce travail.

Je tiens à remercier de façon particulière le professeur/Dr Lambert Farand pour son appui et accompagnement pour la réussite de ce travail et sa patience envers moi.

Je tiens à remercier tous les professeurs de l'Université de Montréal qui ont contribué à ma formation à l'Université de Montréal : François Béland, Claude Sicotte, Nicole Leduc, Lise Lamothe, André-Pierre Contandriopoulos, Astrid Brousselle, Valéry Ridde, Lucien Albert, Damien Contandriopoulos, Clément Dassa, Michel Rivard, Jean Denis, Paul Lamarche, Pierre Fournier et Régis Blais pour ne citer que ceux-là. La liste est vraiment longue, je me suis rendu compte que c'est difficile de citer les noms de toutes celles et tous ceux qui m'ont propulsé à ce niveau. Autrement dit, il me faudrait écrire au moins trois pages de remerciements !

Un remerciement spécial à madame Romania Jean, sociologue, qui a aidé dans la transcription des entrevues et a servi comme œil critique pour réviser les compréhensions qui se sont dégagées des données.

Je souhaite également remercier le Dr Nancy Puttkammer, Dr Donaldson Conserve, Dr Nathan Nickerson, Dr Jean Claude Cadet, Dr Sosthène Pierre, Dr Gladys Prosper, Dr Mario Laroche, M. Nicasky Célestin, Dr Bruce Agins, Dr Margareth Jasmin, Dr Ernst Robert Jasmin, Dr Jean Géo Dubé, Dr Jean Gracia Coq, Dr Pierre Lys, Dr Anthony Constant, Dr Claude François, Dr Hervé Longchamp, Miss Mirlande Gustave, Dr Jean Gabriel Balan, Dr Gérald Lerebours, Dr Raymonde Dérival, Dr Nica Nola Lamothe, Madame Nirva Duval, Dr Édieu Louissaint, Dr Brunel Delonnay, Dr Joelle Deas Van Onacker, Dr Fleurantin Middle, Dr François Kesner, Dr Jean Ronald Cadet, Dr Yousemire Clervil, Dr Barbara Bastien, Dr Daniel Lauture, Dr Gabriel Thimothé, Dr Guirlaine Raymond pour leur « support » ou appui et leur encouragement tout au long de ce long processus.

J'exprime ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont donné accès aux sites de recherche et à tous ceux et toutes celles qui ont bien voulu consacrer le temps nécessaire pour accorder des entrevues à l'équipe lors de la collecte et l'analyse des données. Je remercie aussi les membres du comité national HEALTHQUAL, les membres du « core team », du comité de « coaching », les équipes d'amélioration de la qualité au niveau des sites, les directions départementales de la santé, les directeurs, les gestionnaires, les administrateurs et les prestataires au niveau des établissements de santé.

Merci à mes anciennes étudiantes au diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en management et gestion des services de Santé (université d'État d'Haïti) qui m'ont aidé dans la collecte des données et la sélection des sites de recherche : Dr Vanessa Jules et madame Stéphanie Louis, infirmière.

Un remerciement spécial à mes amis canadiens et amies canadiennes qui m'ont épaulé : madame Karina Dubois Nguyen, madame Lison Dufresne, madame Iselene Lazo, professeur Lucien Albert et madame Arnelle Thélusma.

Je tiens à remercier également les étudiants au doctorat en santé publique (période 2008, 2009 et 2010) avec qui j'avais eu la chance et le privilège d'interagir : madame Émilie Robert, madame Linda Rey, M. Olivier Demers-Payette, etc. Ces échanges et vos « supports » ou appuis durant mon séjour à Montréal m'ont vraiment aidé.

Enfin, un grand remerciement à madame Dianne Allard, une Canadienne blanche qui m'a accueilli chez elle durant mon séjour à Montréal et qui a créé un environnement favorable afin que je puisse m'épanouir à Montréal. J'ai beaucoup appris de vous, surtout la culture québécoise, la musique du Québec et l'amour inconditionnel.

## **INTRODUCTION**

Après une mise en contexte générale sur la situation d'Haïti et le contexte spécifique du programme HIVQUAL/HEALTHQUAL, la problématique de la recherche, sa pertinence et ses objectifs sont présentés.

### **Mise en contexte (situation d'Haïti)**

Le contexte général de l'étude est documenté à l'aide d'une présentation d'Haïti et de certains indicateurs socio-sanitaires. Présentons d'abord la situation géographique, le contexte économique et social du pays et enfin le contexte sanitaire.

#### **Situation géographique**

D'une superficie évaluée à 27.750 km<sup>2</sup>, pays des Grandes Antilles, très montagneux, la république d'Haïti occupe le tiers occidental de l'île d'Hispaniola qu'elle partage avec la République dominicaine avec près de 386 km de frontière. Elle se situe au centre de la région des Caraïbes.

La population d'Haïti est estimée à 11 millions d'habitants en 2015, avec une densité de 421 habitants par kilomètre carré, dont 49 % habitent en milieu rural (IHSI, 2018). D'après les projections pour 2020, la population serait de plus ou moins 11 500 000 habitants. La population haïtienne est jeune, les moins de 25 ans représentant plus de 50 % de la population et les plus de 65 % représente moins de 5 % de la population (CIA, 2020).

La république d'Haïti est divisée administrativement en 10 départements, eux-mêmes subdivisés en 42 arrondissements, 140 communes et 570 sections communales (IHSI, 2018). C'est un pays francophone noyé dans un océan de pays hispanophones et anglophones.

#### **Contexte économique et social du pays**

Selon la Banque mondiale, Haïti est le pays le plus pauvre de l'hémisphère occidental, avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant de 756 \$ en 2019 (Banque mondiale, 2019). Haïti occupe la 169<sup>e</sup> position sur un total de 189 pays dans le classement 2018 des pays en matière d'indice de développement humain (PNUD, 2019). L'espérance de vie est estimée à 63,7 ans (*Ibid*, 2019). 75 % de

population haïtienne vit avec moins de 2.5 dollars US par jour et 50 % avec moins d'un (1) dollar US par jour (Paulvin & Monestime, 2006).

L'instabilité a entravé le développement économique et social d'Haïti. En 2019, le PIB s'est contracté de 0,9 % ; le pays fait aussi face à une dépréciation monétaire rapide (près de 25 % à la fin de l'exercice fiscal), des taux d'inflation élevée (près de 20 % à la fin de l'exercice fiscale). La récession économique a été combinée à la faible capacité de l'administration à collecter des recettes. Le déficit budgétaire a été contenu à cause entre autres de coupes drastiques dans les investissements de capitaux et dans les programmes sociaux (Banque mondiale, 2019). Ce qui a créé plus d'inégalité sociale dans le pays.

Les perspectives économiques sont redoutables à cause, entre autres, de la pandémie de COVID-19 et d'une crise politique non résolue. Les indicateurs socio-économiques comparativement aux moyennes de la zone d'Amérique sont très défavorables.

Haïti reste extrêmement vulnérable aux catastrophes naturelles, principalement aux ouragans, aux inondations et tremblements de terre. Plus de 96 % de sa population est exposée aux aléas naturels. L'ouragan Matthew qui a frappé le pays en 2016 a causé des pertes et dommages évalués à 32 % du PIB de 2015. Toutefois, une bonne nouvelle, le pays a géré avec succès l'épidémie du choléra, enregistrant zéro cas confirmé depuis janvier 2019 (*Ibid*, 2019).

Les transitions politiques de ces 30 dernières années ont énormément affecté l'économie et les investissements. Les différentes catastrophes naturelles pendant cette même période, la plus importante étant le tremblement de terre du 12 janvier 2010, ont contribué à renforcer un environnement de pauvreté massive en Haïti.

Encore une fois, Haïti est le seul pays de l'Amérique latine et des Caraïbes qui apparaît dans la catégorie de « développement humain faible ». En outre, la situation de crise financière mondiale a affecté négativement les transferts d'argent venant de la diaspora haïtienne.

Les crises et les manifestations à répétition survenues les 6-7 juillet, 17 octobre, 18 novembre 2018, 7 février 2019 et le phénomène « pays locked » (pays fermé) pendant l'été 2019 sont à l'origine d'une

inquiétante instabilité politique et économique. D'un autre côté, elles génèrent de sérieux dommages comme une crise humanitaire, des pertes en vie humaines et en biens matériels, la rareté du pétrole et la hausse des prix des produits de première nécessité pour ne citer que cela.

Les conditions de vie de la population se détériorent tous les jours et la situation est encore plus grave en milieu rural. La situation économique qui n'a pas arrêté de se détériorer, associée à une dégradation environnementale, crée un contexte de précarité extrême dans le pays.

### **Accès aux services sociaux de base**

Le pays présente un manque d'accès universel aux services sociaux de base comme l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement.

Seulement 61 % de la population sait lire et écrire (CIA, 2020). La durée moyenne de scolarisation est de 5,4 ans (PNUD, 2019). Ce qui témoigne qu'en Haïti on a de sérieux freins pour permettre aux individus et aux communautés de s'épanouir et d'atteindre les objectifs de développement durable. Le principal problème reste les inégalités pour accéder à l'éducation, surtout l'université, la santé et les opportunités économiques.

Le rapport préliminaire de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (IHE & ICF, 2018) a rapporté que 73 % de la population utilise une source améliorée d'eau. De façon générale, il y a plutôt un manque d'accès à l'eau potable à partir des réseaux publics de distribution. Seulement 8 % de la population s'alimente en eau de boisson à une source et l'eau est disponible sur place pour 14 % des ménages. Un peu plus d'une personne sur deux (56 %) a besoin de moins de 30 minutes pour se procurer de l'eau.

« Trois ménages haïtiens sur dix (31 %) utilisent une installation sanitaire améliorée. Par contre, 69 % des ménages utilisent une installation sanitaire non améliorée : 24 % des ménages utilisent des toilettes partagées, 20 % utilisent des toilettes non améliorées et 25 % n'ont pas de toilettes » (IHE & ICF, 2018).

## **Politique nationale de Santé**

La politique de Santé indique l'ensemble des choix stratégiques du gouvernement pour améliorer l'état de santé de la population vivant sur le territoire national dont il a la responsabilité (MSPP, 2012). Il s'agit ici de :

- Déterminer les aires et champs d'intervention
- Établir les priorités
- Préciser les objectifs à atteindre
- Identifier les sources et mécanismes de financement
- Mesurer les résultats obtenus

Cette politique pour aboutir aux résultats recherchés repose sur des principes, des normes et des règles de conduite qui sont : universalité, globalité, équité et qualité (*Ibid*, 2012). Le principe d'universalité garantit en théorie à tous les individus vivant sur le territoire haïtien un accès facile à tous les éléments et à toutes les interventions sans distinction de sexe, d'appartenance sociale ou religieuse, de lieu de résidence ou autre. Le principe de globalité vise à garantir à chaque individu des soins globaux visant l'ensemble de ses besoins en matière de santé. Le principe d'équité vise à garantir à tous les bénéficiaires du système, quel que soit leur lieu de résidence et leur statut socio-économique, des soins de qualité égale. Le principe de qualité fait obligation à l'ensemble des prestataires de soins et services de développer leurs interventions et de prodiguer les soins de santé avec l'assurance de qualité maximale que permettent le développement technologique et les ressources financières du pays.

Les valeurs et convictions qui dirigent et régissent les choix qui sous-tendent la politique sont : le droit à la vie et à la santé, la solidarité, la participation citoyenne et l'efficience.

## **Organisation du système de santé**

Le système de santé en Haïti est organisé, selon trois niveaux. Le premier niveau est constitué des unités communales de santé (UCS) qui regroupent les services de santé de base au nombre de 600 services de santé du premier échelon (SSPE) et 45 hôpitaux communautaires de référence (HCR). Le deuxième niveau comprend les dix (10) hôpitaux départementaux. Le troisième niveau est représenté par les hôpitaux universitaires (Voltaire, 1999). Les institutions offrant des services de soins de santé sont soit

du secteur public, soit du secteur privé ou du secteur parapublic. Maintenant on parle aussi des UAS (unité d'arrondissement de santé).

Les dispensaires et centres de santé qui représentent plus de 50 % de toutes les institutions sanitaires du pays offrent un paquet minimal de services de santé.

En Haïti, le ministère de la Santé publique avec l'appui de ses partenaires a tenté de mettre en œuvre certains programmes de soins gratuits tels que les « soins obstétricaux gratuits » (SOG) en 2007 et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) en 2003, mais ces programmes n'ont pas pu se maintenir à cause des problèmes de fonds.

Après le séisme du 12 janvier 2010 qui a ravagé Haïti, plusieurs ONG sont venues en Haïti en vue de répondre aux urgences sanitaires post-séisme. Ces institutions sanitaires ont offert des soins gratuits grâce aux fonds collectés à l'échelle internationale. Quelques années plus tard, ces ONG ont laissé Haïti et le pays est revenu à sa situation antérieure.

### **Situation sanitaire**

La santé est un droit fondamental pour tout être humain (PNUD, 2019), (MSPP, 2012). Tout le monde devrait avoir accès à des soins de santé sans distinction. Cependant, les systèmes de soins sont différents d'un pays à l'autre qu'il s'agisse de pays développés, en voie de développement ou sous-développés.

Dans ce contexte démographique d'un pays à ressources limitées, une amélioration de l'état de santé de la population haïtienne reste un défi majeur. Les capacités de régulation et de supervision du système par l'État ont besoin d'être renforcées. Avec la faiblesse des revenus et l'absence d'un système étendu de protection sociale, les problèmes de santé sont vécus péniblement par les familles et débouchent sur des phénomènes de décapitalisation, d'abandon du milieu scolaire par les enfants et de déficiences nutritionnelles marquées.

Moins de la moitié de la population a accès aux services de santé (MSPP, 2004). Le pourcentage de naissances ayant bénéficié de l'assistance de personnel de santé qualifié lors de l'accouchement est de

42 %. En général, 39 % des naissances (soit moins de 4 naissances sur 10) ont eu lieu dans un établissement de santé (IHE & ICF, 2018).

Certains indicateurs de santé en Haïti témoignent de la gravité du problème de l'accès aux soins. Haïti, un pays de la Caraïbe, fait face à une pauvreté grandissante, son système de santé est dans l'incapacité de répondre aux besoins de la population. Selon certaines littératures, l'accessibilité de la population haïtienne à des services de soins équitables et de qualité est très réduite : environ 40 % de la population n'a pas d'accès. On note un indice de mortalité maternelle (630 décès maternels par 100.000 naissances vivantes) et infantile (avant un an) (59 pour 1000) très élevés (*Ibid*, 2018).

La couverture vaccinale est très faible (41 %). La diphtérie est l'une des maladies évitables par la vaccination qui est toujours prévalente en Haïti. Après le séisme du 12 janvier 2010, de nouveaux groupes vulnérables tels les handicapés, les victimes de traumatismes psychologiques s'ajoutent au système de santé haïtien déjà fragile. La violence et les accidents sont devenus des causes majeures de morbidité et de mortalité (*Ibid*, 2018).

Les maladies infectieuses transmissibles (sida, tuberculose, malaria, filariose, dengue, typhoïde), sont encore parmi les plus importantes causes de morbidité (MSPP, 2012). Les infections respiratoires aiguës (grippe, pneumonie), la malnutrition, la diarrhée et la gastroentérite infectieuse sont parmi les premières causes de décès des enfants. Dans le cadre des maladies sous surveillance, les plus prévalentes par ordre décroissant sont : les infections respiratoires aiguës, l'hypertension artérielle, les infections sexuellement transmissibles, la typhoïde, la diarrhée aqueuse aiguë, le diabète, la malnutrition, le paludisme, le VIH et la TB (MSPP, 2017).

Les zoonoses, comme le charbon, sont prévalentes dans certaines régions du pays. Les maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, néoplasies, hypertension artérielle) augmentent de jour en jour. Ce qui fait qu'Haïti fait face à un double fardeau épidémiologique : l'augmentation concomitante des maladies infectieuses et des maladies chroniques (IHE & ICF, 2018).



Les niveaux de mortalité et de morbidité par maladies infectieuses transmissibles et maladies nutritionnelles sont élevées (*Ibid*, 2018). À tout cela, s'ajoutent un environnement peu salubre et le manque d'hygiène.

De plus, on observe une pénurie grave de ressources. 1007 établissements de santé ont été répertoriés pour tout le pays, plus de 70 % étant des dispensaires ou des centres de santé sans lits. 34 % de ces établissements de santé appartiennent au secteur public, 19 % sont mixtes et 17 % appartiennent au secteur privé à but non lucratif (MSPP, 2018). La majorité de ces établissements de santé (36 %) se trouve dans le Département de l'Ouest (*Ibid*, 2018). Haïti est classé parmi les pays qui dépensent le moins en matière de santé. Par ailleurs, des données collectées sur une décennie montrent qu'entre quatre (4) à sept (7) % du budget national est alloué à la santé, bien en deçà des 15 % suggérés pour les pays à faible revenu, selon l'accord d'Abuja. Même 15 % se suffirait pas, car 15 % d'une enveloppe budgétaire déjà faible ne représente pas grand-chose. 90 % du budget du secteur de la santé est destiné au paiement des fonctionnaires du ministère de la Santé et de la population et les 10 % restant servent à la prestation de soins et à l'achat de médicaments (MSPP, 2012). Suivant les données officielles, les dernières informations sur les comptes nationaux de la santé datant de 2020, l'État apporte 10 % des fonds dans le système, les ménages y contribuent à 34 % et 40 % est financé par l'aide internationale (CNS, 2020). Pour une population estimée à plus de 11 millions d'habitants, on a un ratio de 0.23 médecin pour 1000 habitants et 0.7 lits d'hôpitaux pour 1000 habitants (CIA, 2020).

Le ratio de personnel essentiel pour 10 000 habitants est de 6, 3 pour 10 000 habitants ce qui est en deçà des 25 pour 10 000 habitants recommandés par l'OMS (MSPP, 2018). De plus, 80 % du personnel de santé se trouve en milieu urbain contre seulement 20 % en milieu rural (*Ibid*, 2018), ce qui crée un fossé entre le milieu urbain et le milieu rural.

## **Contexte du programme HIVQUAL/HEALTHQUAL**

La qualité des soins en faveur des PVVIH (personnes vivant avec le VIH) reste un problème capital en Haïti quoique l'accessibilité aux soins se soit considérablement améliorée. Avec le financement des bailleurs de fonds, les PVVIH bénéficient de soins gratuits pour la prévention, le dépistage, le counseling, la prise en charge et le suivi de leur maladie. La disponibilité du traitement peut en fait

faciliter les activités de prévention. Néanmoins, on est de plus en plus conscient que la gratuité des soins et l'augmentation de l'accessibilité ne serviront pas à grand-chose si le problème de la qualité des soins en faveur des PVVIH n'est pas pris en compte.

Le ministère de la Santé publique en coordination avec le projet PEPFAR (President Emergency Plan for Aids Reduction) et le CDC (Center for Disease Control) a mis sur pied un programme national d'amélioration de la qualité dans le cadre de la prise en charge des PVVIH en Haïti : il s'agit du projet HIVQUAL, dont la conception et la planification ont commencé en 2007. Le modèle HIVQUAL est basé sur des standards et méthodes développés par le Département de la Santé de New York (Institut pour le sida) qui a été lancé aux États-Unis en 1992. Ce modèle est adapté pour la prise en charge ambulatoire des PVVIH et est utilisé dans plus de 160 cliniques aux États-Unis.

Dans le cadre du projet PEPFAR, le projet HIVQUAL a été adapté pour une utilisation dans les pays en voie de développement qui bénéficient des fonds PEPFAR, dont Haïti. Le projet PEPFAR est une initiative du gouvernement américain pour mettre des fonds pour la prévention et la prise en charge des PVVIH dans les pays de la planète les plus affectés par l'épidémie du VIH. Le projet PEPFAR a été lancé aux États-Unis en 2003 et a été approuvé par le Congrès américain.

Le projet HIVQUAL prône l'implantation de programmes d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en Haïti et apporte un support technique pour le développement d'infrastructures de gestion de la qualité dans les organisations de santé qui participent dans la prise en charge des PVVIH en Haïti (Voir annexe 1, pour la présentation de la philosophie du projet HIVQUAL).

HIVQUAL international est maintenant connu aussi sous le nom de HEALTHQUAL, une transition programmatique qui reflète une expansion vers une approche plus globale en santé publique qui place le VIH dans un contexte de prise en charge globale et qui intègre une vision globale de la gestion de la qualité. HEALTHQUAL reflète une vision plus intégrée de la qualité mettant l'accent sur les autres services non-VIH, comme la médecine interne, la maternité, l'urologie, l'ophtalmologie et d'autres pathologies non-VIH comme le diabète, les maladies chroniques en général, etc. Le modèle concentre son attention sur le renforcement et l'amélioration des systèmes avec comme objectif de créer un programme local durable et autosuffisant de gestion de la qualité (HEALTHQUAL, 2010).

Pour mettre en œuvre de façon opérationnelle le programme d'amélioration continue de la qualité, plusieurs organisations internationales apportent leur appui technique aux institutions qui veulent implanter un programme d'amélioration continue de la qualité des soins. C'est dans cette optique que l'organisation internationale I-TECH (International Training and Education Center for Health), qui reçoit un « support » ou appui technique de l'université de Washington, apporte un appui pour le renforcement des initiatives d'amélioration de la qualité à travers un programme de mentorat et de supervision des organisations de santé. Le projet HEALTHQUAL apporte un soutien en formation aux organisations internationales et locales pour l'implantation du programme d'amélioration continue de la qualité en Haïti.

L'auteur de cette recherche a travaillé comme « coordonnateur de formation », puis comme « spécialiste en amélioration de la qualité » pour l'université de Washington/I-TECH en Haïti (de novembre 2005 à février 2008) et a fourni des appuis techniques à l'HUEH (hôpital de l'université d'État d'Haïti) pour la planification et la mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité. De plus, l'auteur de la thèse est membre du « Core Team » HEALTHQUAL-Haïti et est également formateur dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Il a également travaillé comme « spécialiste en renforcement de capacité » pour « supporter » ou appuyer 80 établissements de santé dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL de 2014 à 2016.

Sous l'influence du projet HEALTHQUAL, plusieurs institutions de santé en Haïti se sont engagées au niveau des différents départements sanitaires du pays dans des initiatives d'amélioration continue de la qualité.

HEALTHQUAL-Haïti a comme « lead » le MSPP avec l'assistance et la coordination du CDC-Haïti. Lancé à la fin de 2007, HIVQUAL-Haïti a terminé sa collecte de données de base en 2008 avec l'évaluation organisationnelle dans les 19 sites pilotes du projet HIVQUAL-Haïti (HEALTHQUAL, 2010).

## **Problématique et pertinence de la recherche**

Actuellement en Haïti, beaucoup de ressources sont investies dans les programmes d'amélioration de la qualité des soins (HIVQUAL International, 2009). Des chercheurs affirment que les pays du Nord peuvent apprendre des innovations et des défis des collègues du Sud en matière d'amélioration de la qualité (Clark, 2003) ; (Donald M Berwick, 2004).

Récemment, on a constaté quelques publications sur les programmes d'amélioration de la qualité dans certains pays en voie de développement (Wagenaar et al., 2017), (Rowe et al., 2018), (Memiah et al., 2021) et en Haïti (Demes et al., 2020), (Demes et al., 2021). Certaines études ont tenté d'utiliser des modèles théoriques (Gimbel et al., 2017), mais aucune étude n'a été réalisée sur une longue période et n'a investigué avec rigueur des modèles théoriques et les facteurs influençant la mise en œuvre. Malgré certaines avancées dans le domaine de l'amélioration de la qualité, c'est un champ de recherche à l'état embryonnaire dans les pays en voie de développement (Rowe et al., 2018), (Garcia-Elorrio et al., 2019).

Cependant, le constat est mitigé : en Afrique, tout comme en Europe d'ailleurs, plusieurs évaluations et recherches sur les résultats de ces projets de gestion de la qualité sont très sceptiques et montrent des résultats décevants malgré l'enthousiasme et l'euphorie que ces initiatives suscitent initialement (Bouchet et al., 2002; Bouchet, Fransisco, & Ovretveit, 2002) ; (Dugas & De Brouwere, 2001), (Blaise, 2004), (Demes et al., 2021).

Des études ont mis en évidence les difficultés pour la mise en œuvre des PACQ et les échecs rencontrés lors de leur implantation (Bouchet, Boucar, et al., 2002; Bouchet, Fransisco, et al., 2002) ; (Dugas & De Brouwere, 2001), (Wolfson et al., 2009), (Alexander, Weiner, Shortell, Baker, & Becker, 2006), (Demes et al., 2021). D'où la nécessité d'entreprendre des recherches pour mieux comprendre le processus d'implantation et les déterminants de l'implantation des programmes d'amélioration continue de la qualité (PACQ) (Garcia-Elorrio et al., 2019), (Rowe et al., 2018), (Grol, Berwick, & Wensing, 2008), (Wolfson, et al., 2009), (Dugas & De Brouwere 2001), (Lukas et al., 2007), (Alexander, et al., 2006), (Weber & Joshi, 2000). Souvent, les échecs des PAQ sont dus à une phase d'implantation négligée (Grol, et al., 2008), (Wolfson, et al., 2009), (Lukas, et al., 2007), (Alexander, et al., 2006). Ainsi, un axe prometteur de recherche serait de travailler sur les conditions qui facilitent ou entravent l'implantation

de ces programmes d'amélioration de la qualité (Ovretveit, & Gustafson, 2002), (Becker, 1993), (Shin, Kalinsowski, & El-Enein, 1998), (Grol, et al., 2008).

Dans le contexte d'Haïti, aucune étude systématique et rigoureuse n'a jusqu'à ce jour tenté d'expliquer, en fonction de modèles théoriques, les facteurs qui peuvent influencer la mise en œuvre des PACQ. Par conséquent, il existe une lacune de connaissances dans ce domaine et une absence de données probantes sur les obstacles à l'implantation et les conditions de réussite des PACQ ou des initiatives d'amélioration continue de la qualité dans les pays en voie de développement comme Haïti.

Par ailleurs, une discordance existe entre les différents éléments de la gestion de la qualité (voir tableau 1, section état des connaissances) et la culture, les structures et les pratiques ambiantes dans les pays en voie de développement comme Haïti (Umar, Litaker, & Terris, 2009). Prenons par exemple, la composante clé de la démarche d'amélioration continue de la qualité : « Identification et mesure des besoins et attentes des clients ». Dans les établissements de santé en Haïti, identifier les besoins des clients ou des patients est totalement étranger à la culture des professionnels de la santé. De plus, plusieurs auteurs ont montré que la culture organisationnelle est le problème clé pour l'implantation des démarches d'amélioration dans les pays en voie de développement (Blaise, 2004), (Blaise & Kegels, 2004). Cette recherche a permis d'élucider dans le contexte haïtien comment les programmes d'amélioration continue de la qualité sont modifiés et transformés au cours de leur mise en œuvre dans un contexte culturel extrêmement éloigné de leur contexte d'origine (Japon puis pays du Nord).

Cette recherche vise donc à mieux comprendre les facteurs qui influencent l'implantation des initiatives d'amélioration continue de la qualité en Haïti.

Cette recherche intéresse plusieurs instances comme le MSPP, les décideurs, les ONG, les professionnels de la santé, les équipes multidisciplinaires (les psychologues, les travailleurs sociaux, les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les responsables du système d'information sanitaire, etc.), les patients, les institutions de santé, les gestionnaires, les bailleurs, les PVVIH, les associations de PVVIH. Ces acteurs sont concernés soit dans la planification et la réalisation de la recherche soit dans la diffusion et l'utilisation des résultats.

Les initiatives sur l'amélioration de la qualité sont nouvelles en Haïti. Cette recherche a permis de générer des connaissances qui ont permis de mieux comprendre les stratégies d'amélioration de la qualité dans le contexte haïtien et de mieux élucider les conditions dans lesquelles de telles stratégies peuvent réussir. Cette recherche a aussi permis de mieux comprendre les conditions nécessaires pour mettre en application des stratégies basées sur les données probantes et aider les planificateurs et les gestionnaires du système de santé et du ministère de la Santé publique et les institutions de santé dans leur prise de décision. En somme, cette recherche a fourni des données valides aux décideurs pour leur permettre de comprendre comment les programmes d'amélioration de la qualité peuvent être implantés avec succès, leur niveau d'acceptation, leur utilisation et leur déterminant.

## **Objectif général de la recherche**

Comprendre les facteurs et les mécanismes qui facilitent ou entravent l'implantation de programmes d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé en Haïti.

## **Objectifs spécifiques de la recherche**

1. Modéliser le PACQ
2. Apprécier le degré de mise en œuvre du PACQ
3. Analyser les déterminants de la mise en œuvre du PACQ

## **ÉTATS DES CONNAISSANCES**

L'état des connaissances est divisé en trois (3) parties. La première section parle du concept de qualité, la deuxième présente les PACQ et la dernière, les facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre des PAQ ou des initiatives d'amélioration de la qualité. Dans cette dernière partie sont inclus les différents modèles du changement.

## **Définition de la qualité**

Le concept de qualité est un concept complexe qui depuis les années 80 évolue et prend en considération différentes dimensions. Lorh (1991) a recensé par exemple une centaine de définitions de la qualité. Ce

qui met en évidence cette complexité et le défi de réduire la qualité à une définition (Lohr & Harris-Wehling, 1991)

Donabedian présente une conception assez vaste de la qualité qui intègre la dimension technique, la dimension interpersonnelle et la convenance de l'environnement physique. Le but est de maximiser le bien-être du patient et le rendre fonctionnel (Donabedian, 1980), (Donabedian, 1988).

L'IOM (Institute of Medicine) définit la qualité comme suit : le degré avec lequel les services de santé pour l'individu et la population augmentent les résultats de santé désirés et sont en accord avec le savoir professionnel actuel (Institute of Medicine, 2001). La notion de temps ou moment opportun dans la livraison des services est aussi capitale (*Ibid*, 2001).

D'autres auteurs intègrent d'autres dimensions au concept qualité : la continuité des soins, l'intégration des soins, la globalité, la pertinence, la sécurité, l'efficacité, la productivité, l'efficience, l'accessibilité, l'équité, l'acceptabilité. (Campbell & al., 2000), (Institute of Medicine, 2001), (Donabedian, 1980), (Donabedian, 1990), (Raleigh & Foot, 2010). D'autres définitions récentes de la qualité mettent l'accent sur l'évidence scientifique, la sûreté, les soins centrés sur le patient, sur les besoins, les préférences des patients ou clients et la satisfaction des patients (WHO, 2018), (EC, 2010).

Dans la littérature, plusieurs perspectives de la qualité sont recensées : la perspective professionnelle (Donabedian, 1968), la perspective du client (Berwick, et al., 1992), la perspective managériale (Grey, 1997), (Øvretveit, 1998), la perspective économique (Øvretveit, 1998).

En fonction des visions des professionnels et des patients, on peut définir quatre (4) types de qualité : la qualité voulue ou spécifiée qui fait appel à des critères explicites pour apprécier la conformité de la qualité délivrée ; la qualité attendue par les clients (patients) qui tient compte des attentes autour de leurs besoins (de santé) et de leur expérience antérieure (du système de soins) ; la qualité ressentie qui dépend de l'expérimentation et du jugement du client ou du patient. Cette dernière dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée et perçue ; la qualité délivrée qui est celle qu'effectivement les clients ou les patients reçoivent de la part des professionnels de la santé (ANAES, 1999).

Les dimensions de la qualité sont valorisées différemment, selon les acteurs (pouvoir public, établissement, professionnels, public), ou des logiques (Haddad, Roberge, & Pineault, 1997, p. 59). Quatre axes de lecture peuvent coexister : l'axe épistémologique (représentations), l'axe ontologique (acteurs), l'axe téléologique (finalités), l'axe méthodologique (instrumentations). (*Ibid*, 1997).

On ne peut parler de qualité sans insister sur les processus et l'approche systémique. La qualité est une propriété des processus et des systèmes. Tout le mouvement qualité et l'amélioration continue mettent l'accent sur l'amélioration des processus et des systèmes et la réduction de la variation.

Qu'entend-on par programme d'amélioration continue de la qualité ?

## **PACQ (programme d'amélioration continue de la qualité)**

Pour bien cerner le cadre dans lequel s'inscrit la recherche, il est important de définir ce qu'on entend par programme d'amélioration continue de la qualité (PACQ).

La littérature dans ce domaine abonde de méthodes et d'outils et les dénominations peuvent varier d'une école à l'autre. De plus, les significations peuvent varier aussi en fonction des auteurs (ANAES, 2000). On a recensé plusieurs méthodes et outils qui sont utilisés dans les PACQ (*Ibid*, 2000).

Peu importe le jargon employé dans la littérature, une initiative d'amélioration de la qualité est un processus organisationnel structuré avec un flot continu d'activités pour améliorer la qualité des soins pour répondre aux attentes ou les dépasser, pour la poursuite en continue de l'excellence, pour analyser et améliorer les processus (D. Berwick & Nolan, 1998), (Plsek, Solberg, & Grol, 2003), pour collecter et intégrer les informations sur les besoins des patients ou clients (Work design) (Blumenthal & Kilo, 1998), (S. M. Shortell, Bennett, & Byck, 1998), tester et mettre en œuvre le changement et changer le système (D.M Berwick, 1989), (McLaughlin & Kaluzny, 2004), (Ovretveit & Gustafson, 2002), (Deming, 1986), (Garvin, 1988), (Juran, 1989), (Ishikawa, 1985), (Feigenbaum, 1991).

Pour bien cerner ce qu'on entend par amélioration continue de la qualité, on va remonter aux concepteurs de la gestion totale de la qualité, Deming, Juran, Ishikawa et dégager les aspects empiriques, conceptuels et pratiques (Hackman & Wageman, 1995). On va pour chaque aspect de la



gestion totale de la qualité montrer comment les différents éléments de cette approche sont étrangers à la culture ambiante en Haïti.

La philosophie de la gestion totale de qualité d'après les concepteurs de ce mouvement prônent les présupposés logiques suivants : le coût de la mauvaise qualité sur le long terme est plus élevé que le coût pour développer des processus qui aboutissent à des produits et des services de qualité ; l'autre présupposition, c'est que les employés sont normalement préoccupés par l'amélioration de leur travail et vont prendre des initiatives pour l'améliorer s'ils disposent d'outils et de formation adéquate ; les organisations sont des systèmes avec des parties interdépendantes ; la dernière supposition philosophique c'est que l'implication du senior management est déterminant pour les programmes d'amélioration de la qualité et la qualité en général dans l'institution (Hackman & Wageman, 1995).

La littérature récente dans le domaine des programmes d'amélioration de la qualité met l'accent non seulement sur les processus, mais sur les valeurs, la personne ou le patient, l'intégration, la reddition de compte et l'équité. C'est une vision plus intégrée et plus globale (Lachman & Nicklin, 2017), (Pinney & Ho, 2016).

## **Philosophie d'amélioration continue de la qualité**

Selon Hackman, quatre (4) autres principes doivent guider les organisations dans le chemin de l'amélioration de la qualité (Hackman & Wageman, 1995) :

- d'abord, la qualité des produits et des services dépend des processus par lesquels ils sont planifiés et produits ;
- l'autre principe qu'on retrouve dans les écrits des pionniers c'est l'analyse de la variabilité et de ses causes ;
- le troisième principe, c'est la gestion par les faits ou l'utilisation systématique des données dans la résolution des problèmes (Sélection des problèmes et test des solutions) ;

- le quatrième principe, c'est l'apprentissage et l'amélioration continue : les gens s'engagent à apprendre continuellement de leur travail et développer de meilleures méthodes pour s'améliorer.

Par ailleurs, les PACQ mettent beaucoup l'accent sur l'apprentissage et le développement en diminuant les peurs et en fournissant à l'organisation les outils nécessaires à cet apprentissage (Hackman & Wageman, 1995). Il y a plusieurs moments pour cet apprentissage : on peut apprendre les uns des autres à travers les équipes multidisciplinaires ; on peut apprendre sur les moyens pour améliorer le processus de travail et la performance ; et enfin sur la façon d'agir collectivement « Double Loop Learning » (Argyris & Schön, 1978).

Enfin, il faut relater que les PACQ s'inscrivent dans une image plus large de la gestion de la qualité (ANAES, 2000).

En ce qui concerne les pratiques et les interventions en matière d'amélioration de la qualité, on retrouve un certain nombre de points communs et de valeurs fondamentales qu'on peut regrouper au nombre de six (6) (Hackman & Wageman, 1995) :

- d'abord, l'identification explicite et l'évaluation et la mesure des besoins et des attentes des clients (Ainsi, avec les données sur les besoins et les attentes des clients, les activités d'amélioration de la qualité peuvent se focaliser sur les aspects des processus qui sont plus importants pour la satisfaction des clients) (Hackman & Wageman, 1995). Le terme client fait références tant aux clients externes, comme les patients et leur famille qu'aux clients internes, comme les employés. On considère la façon dont l'organisation détermine le degré d'engagement des clients face à l'organisation et la satisfaction des clients avec les services fournis. Il tient compte aussi comment l'organisation écoute la voix des clients et intègre les informations sur le client pour améliorer les services et identifier des opportunités pour innover et répondre aux attentes des clients (Goldstein & Schweikhart, 2002), ((Baldrige National Quality Program, 2009).
- de plus, les pionniers insistent sur la création d'un partenariat entre les fournisseurs en tenant compte de la qualité dans le choix des fournisseurs ; les fournisseurs dans le domaine de la santé

représentent aussi les réseaux d'établissements avec un système de référence et de contre référence (Hackman & Wageman, 1995). Il faut noter que le concept de fournisseur dans le domaine de la santé a évolué par rapport au monde industriel et fait intervenir une chaîne d'individus, de groupe et d'organisations. À l'intérieur même d'un établissement de soins, un fournisseur de service peut devenir client et lorsqu'on tient compte du réseau des établissements de santé, un client peut devenir fournisseur pour une autre institution et vice versa.

- l'autre point commun concerne l'utilisation des équipes multidisciplinaires et transfonctionnelles pour identifier et résoudre les problèmes (*Ibid.*, 1995)
- l'utilisation des méthodes scientifiques pour monitorer la performance et identifier les points d'amélioration, pour documenter les processus et évaluer les solutions alternatives aux problèmes identifiés (les outils les plus utilisés sont les chartes de contrôle, l'analyse de Pareto et l'analyse coût de la qualité) (*Ibid.*, 1995)
- l'utilisation de la gestion des processus pour augmenter l'efficacité des équipes : les outils les plus utilisés sont les diagrammes de flux, le « brainstorming » ou remue-méninges et les diagrammes causes-effets (*Ibid.*, 1995).
- la gestion de l'information pour la prise de décision (*Ibid.*, 1995)

Ainsi une composante importante des PACQ concerne la gestion et l'analyse de l'information, de la connaissance et la prise de décision basée sur les faits et les données. D'où un processus itératif d'analyse des données pour identifier des problèmes, mettre en œuvre des solutions et documenter l'évolution ou l'amélioration de la situation problématique (Hackman & Wageman, 1995), (Goldstein & Schweikhart, 2002). La gestion des données fait référence à la prise de décision basée sur les faits et compare les données et les informations collectés pour avoir des repères pour voir l'évolution de la performance dans le temps et l'alignement avec les objectifs stratégiques et les plans d'actions.

Lorsqu'on analyse l'information, on examine les tendances, fait des projections et établit des relations entre les données et la façon dont les données sont utilisées pour identifier des problèmes et établir des priorités. L'organisation sélectionne, analyse gère les données, améliore les connaissances et s'approprie les technologies de l'information et suit le progrès par rapport aux objectifs stratégiques et aux plans

d'action et la sensibilité du système d'information par rapport aux changements et l'amélioration continue de la qualité (Goldstein & Schweikhart, 2002), (Baldrige National Quality Award, 2009).

Les informations contenues dans la section suivante vont permettre d'élaborer un cadre conceptuel pour étudier le degré d'implantation du PACQ (voir tableau 1).

Dans la section suivante, des modèles explicatifs du degré d'implantation des PACQ ont explicités.

## **Déterminants des PACQ (programme d'amélioration continue de la qualité) et modèles du changement**

Dans cette section, on va d'abord présenter les modèles du changement (Champagne, 2002) et les facteurs qui y sont reliés. Puis, dans un deuxième temps, on discute des études sur l'implantation des PACQ en montrant comment les facteurs identifiés dans ces études appartiennent aux différents modèles du changement. Ainsi progressivement un tableau, où les facteurs influençant les PACQ se placent au fur et à mesure dans les modèles du changement, va être construit.

### **Gestion du changement et les facteurs déterminants des PACQ**

Abordons maintenant les différentes perspectives de gestion du changement recensées dans la littérature en faisant ressortir les facteurs ou les déterminants. On a relaté plusieurs théories sur le changement et les facteurs qui conditionnent le changement.

Présentons de façon générale les différents modèles du changement pour ensuite intégrer dans ces modèles les facteurs, recensés dans la littérature, qui influencent la mise en œuvre des PACQ.

La section suivante est inspirée des modèles de changement de Champagne (Champagne, 2002), (J. L. Denis & Champagne, 1990), (J.-L. Denis & Champagne, 1992).

Selon le modèle hiérarchique et rationnel, le processus de changement sera mis en œuvre s'il a été bien planifié et si les prescriptions sont suivies de façon adéquate (Morgan, 1986), (Majone & Wildavsky, 1978), (M.A Scheirer, 1981), (Kunkel, 1975), (Collins, 1998).

Les tenants du modèle hiérarchique et rationnel insistent sur une planification rationnelle et technocratique du changement (Kunkel, 1975). Selon ce modèle, l'implantation d'un changement fait intervenir des processus qui se déroulent en amont, « étapes précédentes », de la planification, c'est-à-dire l'identification du problème, la détermination des options et le choix de la meilleure solution et des alternatives (Champagne, 2002).

Ainsi on peut noter plusieurs facteurs déterminants : la planification adéquate (le contrôle hiérarchique sur les acteurs de l'implantation ; le degré de cohérence entre les attentes des gestionnaires et les comportements des acteurs qui implémentent le changement ; la conformité des agents avec le mode de communication verticale : la communication de haut en bas ; le leadership autoritaire ; la culture bureaucratique (Denis & Champagne, 1990).

Selon l'approche du développement organisationnel, le changement, pour être mis en œuvre nécessite la promotion de valeurs de participation et de consensus. Ceci implique une amélioration de la qualité de vie organisationnelle (Demers, 1999), (Berman, 1980), (Fullan, 1972), (Geis, 1985), (Goodman & Kurke, 1982), (Herman-Taylor, 1985)

Pour être plus précis, le développement organisationnel met l'accent sur le style participatif de gestion, la décentralisation des processus de décision, les programmes d'enrichissement des tâches et les mécanismes favorisant la communication (Berman 1980 ; Fullan 1972 ; Geis 1985 ; Goodman et Kurke 1982 ; Herman-Taylor 1985), (Champagne, 2002). « Organizational development is a normative 'bottom up' counter to the rationalist 'top down' strategy (Scheirer 1981, p. 27).

Selon ce modèle on peut noter plusieurs facteurs : la présence d'une gestion participative ; la décentralisation des processus de décision ; la communication de bas en haut ; l'enrichissement des tâches ; leadership de type participatif ; culture de groupe (Denis & Champagne, 1990).

L'approche psychologique insiste sur les processus internes et le comportement des personnes par rapport au changement. Un changement, pour être mis en œuvre, nécessite de prendre en compte les réactions des personnes vis-à-vis du changement, de même que la résistance des personnes face au changement (Bareil & Savoie, 1999), (Kets de Vries & Miller, 1985), (Kotter & Schlesinger, 1979), (C. D. Scott & Jaffe, 1992), (Collerette, Delisle, & Perron, 1997), (Bridges, 1991).

Certains facteurs d'ordre psychologique peuvent influencer la mise en œuvre d'un changement : les attitudes et les croyances favorables à l'implantation du changement ; la congruence entre les habitudes des individus et les exigences de l'intervention ; processus d'échange sur les difficultés rencontrées lors de l'implantation ; les mécanismes de renforcement des nouvelles normes (Denis & Champagne, 1990).

Selon la perspective structurelle, le succès de l'implantation d'un changement réside dans la structure de l'organisation et par sa capacité d'adaptation (J. Hage, 1985), (Moos, 1983), (S. Shortell, 1983), (Miller, 1983), (Damanpour, 1991), (J. T. Hage, 1999).

Plusieurs facteurs peuvent intervenir : la capacité d'adaptation de l'organisation ; le degré de flexibilité ; la capacité de transformation suite aux pressions externes ; les attributs organisationnels (taille, niveau d'expertise, centralisation) ; le contexte organisationnel ; l'attention portée à l'innovation (Denis & Champagne, 1990).

Selon l'approche politique, les jeux de pouvoir organisationnel, l'équilibre entre les pressions internes et externes et l'ajustement qui en résulte constituent les déterminants du changement organisationnel. Les intérêts des acteurs influencent la mise en œuvre du changement (Harrison, 1985), (Hage 1999), (Friedberg, 1993), (Champagne, Denis, Pineault, & Contandriopoulos, 1991), (Courpasson, 1998).

Les facteurs importants, selon ce modèle et qui seront pris en compte lors de cette recherche, sont : la cohérence entre les stratégies des acteurs et les caractéristiques du changement ; le support aux agents responsables de l'implantation ; le degré d'appui des forces politiques de l'organisation pour rendre opérationnel le changement (Denis & Champagne, 1990).

D'autres facteurs peuvent aussi intervenir : le jeu de pouvoir avec comme résultante une capacité d'ajustement aux pressions internes et externes ; l'influence des acteurs sur la distribution des bases du pouvoir ; l'interaction entre les stratégies des acteurs et les sources d'influence des bases du pouvoir ; le degré de contrôle des ressources par les acteurs (Denis & Champagne, 1990).

Selon l'approche de la gestion stratégique, la transformation de la culture organisationnelle, de la stratégie et de la structure détermine le changement. Il s'agit ici d'un changement radical suite à des situations de crise ou l'organisation se transforme sur plusieurs points à la fois et de façon radicale (Greenwood & Hinings, 1988).

Plusieurs facteurs peuvent intervenir : présence d'une situation de crise, transformation de la culture organisationnelle, présence de nouvelles configurations « culture-stratégie-structure » (Champagne, 2002).

Selon la perspective environnementale, l'environnement externe de l'organisation détermine le changement. Deux principaux courants caractérisent le modèle environnemental : la théorie écologique et la théorie institutionnelle. Selon cette perspective, la marge de manœuvre des responsables de l'organisation est restreinte. Les dirigeants sont limités dans leur capacité de mettre en œuvre leur stratégie. Selon la théorie écologique, on aboutit à des niches écologiques qui aboutissent au remplacement de l'organisation. (Hannan & Freeman, 1984), (Singh & al., 1986), (Baum, 1996), (Christensen, Bohmer, & Kenagy, 2000). Selon la théorie institutionnelle, le changement est déterminé par les normes et les contraintes institutionnelles (Powell & DiMaggio, 1991), (Ruef & Scott, 1998), (W. R. Scott, Ruef, Mendel, & Carona, 2000) ou la théorie néo-institutionnelle (Greenwood & Hinings, 1996), (Fligstein 1991).

Selon cette perspective, plusieurs éléments peuvent expliquer la mise en œuvre des changements : D'abord, la création de nouvelles formes organisationnelles ; réponse de l'organisation aux attentes et normes de l'environnement institutionnel ; degré de conformité entre les pratiques organisationnelles et l'environnement institutionnel (Champagne, 2002)

Selon le modèle de l'apprentissage organisationnel, l'apprentissage collectif, l'expérimentation, la tolérance, l'acceptation de l'erreur comme opportunité de changement, le goût de tester de nouvelles initiatives déterminent le succès du changement (Champagne, 2002).

Enfin, le changement peut-être évolutif, incrémental, lent (Tushman & Romanelli, 1985) (Gould, 1989), ou radical et révolutionnaire (Chakravarthy & Lorange (1991) (Meyer, Goes, & Brooks, 1993), (Watzlawik, Weakland, & Fisch, 1974).

Quoique les évidences scientifiques ou les données probantes pour ces principes et modèles soient peu développées ou peu détaillées, ils fournissent un cadre cohérent pour l'implantation d'un changement (Grol, Wensing, & Eccles, 2005).

Une revue systématique réalisée par Greenhalgh (Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004) a permis de faire un pas de géant dans la synthèse des connaissances sur les facteurs permettant de diffuser les innovations dans le domaine de la santé. On peut considérer les PACQ comme des innovations. L'innovation est ainsi définie comme de nouveaux schémas de comportement, d'idées ou de routines, de nouvelles façons de travailler dans le but d'améliorer les soins et les résultats de santé, l'expérience des patients, les coûts et l'efficacité (Greenhalgh et al. 2004).

Il faut distinguer entre l'initiation, la diffusion, la dissémination, l'implantation (qui est une phase active et planifiée pour maintenir une innovation au sein d'une organisation où l'on passe au niveau opérationnel), la durabilité de l'innovation et l'institutionnalisation ou l'abandon d'une innovation (Pluye, Potvin, & Denis, 2004), (Greenhalgh et al. 2004), (Scheirer, 1981), (Tornatzki & Johnson, 1982), (Patton, 1986), (Downs & Mohr, 1978).

Pour le succès d'une innovation, il faut tenir compte de ses avantages relatifs et de son environnement. Mais il ne faut pas négliger les caractéristiques de l'innovation qui peuvent soit faciliter ou entraver leur adoption et leur succès (Grol & Wensing, 2005), (Grol et al., 1998), (Orlandi, 1987), (Rogers, 1995), (Spence, 1994), (Wolfe, 1994), (Zaltman & Duncan, 1977), de même que la compatibilité des initiatives avec les valeurs (Burgers et al., 2003), (Foy et al., 2002), (Grol et al. 1998).



Quelques déterminants, décrits dans la littérature dans le cadre de la mise œuvre des PACQ, vont être présentés maintenant.

### **Déterminants de l'implantation des PACQ recensés dans la littérature et les modèles du changement.**

Dans la littérature scientifique récente, certains facteurs facilitent la mise en œuvre des PAQ : la capacité organisationnelle à prendre de nouvelles initiatives, la capacité technique pour l'AQ, le climat et la collaboration d'équipe (Shea, et al., 2018), la perception des bénéfices, l'engagement des équipes, le partage des apprentissages, la capacité d'adapter la méthode (Ijkema et al., 2014), (Lachman, 2021). Plusieurs auteurs soulignent l'importance des déterminants suivants comme facilitant : la culture organisationnelle, l'infrastructure de données et le système d'information (Kaplan et al., 2010), les dossiers médicaux électroniques (Puttkammer et al., 2017), les facteurs de processus, de contexte, d'innovation et de leadership (Ijkema et al., 2014), (Puttkammer et al., 2017), (Lachman, 2021).

En revanche, le manque de séniorité dans le leadership, le manque de temps du personnel, le manque d'implication des cliniciens, les difficultés de rétention du personnel et une large équipe avec de multiples spécialisations sont identifiés comme des obstacles (Lachman, 2021), (Ijkema et al., 2014). D'autres facteurs inhibants liés à la conception du projet, le partenariat, les facteurs contextuels, la divergence par rapport aux objectifs ont été relatés (Coles et al., 2017), (Aveling, Zegeye, & Silverman, 2016), (Ijkema et al., 2014).

Les facteurs contextuels jouent un rôle important dans la compréhension des mécanismes de la mise en œuvre des PACQ et le succès dans le domaine de l'amélioration continue de la qualité (Kringos et al., 2015), (Kupeli et al., 2016), (Coles et al., 2017), (Kaplan et al., 2012).

Dans la section suivante, on va non seulement présenter les facteurs qui influencent l'implantation des PACQ, mais aussi les greffer sur les modèles de changement présentés par Champagne (2002).

La présence d'un champion est un facteur déterminant pour la mise en œuvre des programmes de qualité (Wolfson, et al., 2009). Comme l'affirme Demes (2020), « les champions sont des personnes impliquées dans la facilitation d'un processus de changement pour améliorer le système de soins dans une organisation. Ils peuvent provenir d'horizons, de postes et de rangs différents dans les établissements de santé. Ils s'efforcent de faire passer l'opération d'amélioration d'un stade initial vers un niveau futur souhaité » (Demes et al., 2020, p. 2).

Insistons maintenant sur les facteurs qui sont déterminants dans le cadre des PACQ. Plusieurs auteurs ont publié sur les facteurs spécifiques qui facilitent ou entravent la mise en œuvre des PACQ. Mann et Kehoe (1993) ont décrit sept (7) facteurs qu'ils appellent les QCOC (Quality Critical Organizational Characteristics) qui influencent les activités des programmes de qualité : les *facteurs de processus* (flexibilité, degré de spécialisation) ; le *type d'employés* (niveau de compétence ou d'aptitude des employés, niveau d'éducation, durée d'emploi, distribution d'âge) ; les *valeurs partagées* (attitudes des employés envers le changement, performance organisationnelle, durée de vie organisationnelle, méthodes utilisées, compréhension de la qualité, besoin d'amélioration, niveau de salaire, condition de travail) ; le *style de management* (l'attitude des managers envers le changement, style de leadership participative ou autoritaire, planification sur le long ou le court terme, interaction entre les différents départements) ; la *structure organisationnelle* (nombre de sites, stabilité de la structure organisationnelle, intégration géographique) ; le *nombre d'employés* et enfin les *relations industrielles* ou avec l'environnement. Les auteurs ont aussi noté que les « QCOC » changent avec le temps, varient en fonction des activités qualité et dépendent du stade de développement des activités qualité (Mann & Kehoe, 1993).

Classons maintenant les sept (7) facteurs identifiés par Mann et Kehoe (1993) dans le modèle de Champagne (2002).

Par rapport aux modèles du changement de Champagne (2002), les *facteurs de processus* de Mann et Kehoe (1993) peuvent être classés dans le modèle structurel. Les facteurs de processus font appel au mode de production et de manufacture et au processus de travail. En fait, les *facteurs de processus*, selon Mann et Kehoe (1993), font intervenir la flexibilité et la spécialisation. Les modes de production qui encouragent la spécialisation et qui sont peu flexibles peuvent entraver l'implication des employés dans

l'amélioration des processus (Mann & Kehoe, 1993). C'est ainsi que les *facteurs de processus* (Mann & Kehoe, 1993) sont classés dans la « perspective structurelle » ou modèle structurel, selon les modèles de gestion du changement de Champagne (2002).

Le *type d'employés* (Mann & Kehoe, 1993) peut aussi être classé dans la « perspective structurelle », selon le modèle de Champagne (2002). La diversité des employés pourrait servir d'obstacle lors de la mise en œuvre des activités de gestion de la qualité. D'où la nécessité d'impliquer divers types d'employés dans les activités et de planifier des formations, selon leur besoin (Mann & Kehoe, 1993). La variable *type d'employés* inclut plusieurs aspects : le niveau de compétence ou d'aptitude des employés, leur niveau d'éducation, leur durée d'emploi, leur degré de contact avec les produits ou services et leur distribution d'âge (Mann & Kehoe, 1993).

« Les *valeurs partagées* » (Mann & Kehoe, 1993) peut être classé dans le modèle psychologique de Champagne (2002). Les *valeurs partagées* font surtout appel aux attitudes des employés envers l'implantation de l'approche qualité, à leur enthousiasme et leur acceptation de la gestion de la qualité. Ce qui rapproche ce facteur décrit par Mann et Kehoe (1993) du modèle psychologique de Champagne (2002).

Le *style de management* (Mann & Kehoe, 1993) est surtout transversal comme facteur et pourrait faire partie de plusieurs modèles de changement dans la typologie de Champagne (2002). Le style de management fait intervenir le degré de support du sommet managérial et des niveaux de management intermédiaires aux activités de gestion de la qualité. Ce facteur fait intervenir aussi le mode de planification (long terme versus court terme), le style de leadership et les interactions entre départements au sein d'une organisation. D'où la difficulté de cantonner ce facteur dans un seul modèle dans la typologie de Champagne (2002). Ainsi, on va le classer dans le modèle hiérarchique et rationnel, le modèle de développement organisationnel et le modèle stratégique et enfin le modèle structurel.

D'après Mann et Kehoe (1993), la *structure organisationnelle* (Mann & Kehoe, 1993) tient compte du nombre de sites, de la stabilité de la structure organisationnelle et l'intégration géographique. Ainsi on peut classer ce facteur dans le modèle structurel ou la perspective structurelle de Champagne (2002).

Le *nombre d'employés* (Mann & Kehoe, 1993) peut être déterminant de la structure organisationnelle nécessaire pour l'implantation. D'où un nombre restreint d'employés peut faciliter la mise en œuvre des activités de gestion de la qualité (Mann & Kehoe, 1993). Ainsi on peut classer le *nombre d'employés* dans le modèle structurel de Champagne (2002).

Les *relations industrielles* (Mann & Kehoe, 1993) tiennent compte des relations avec l'environnement et tient compte du contexte, comme la présence de syndicat ou pas. On peut donc classer ce facteur dans le modèle environnemental de Champagne (2002).

Les organisations avec des processus flexibles et peu spécialisés, avec un style de leadership participatif, un mode de planification sur le long terme avec implication du sommet managérial et des managers de niveau inférieur et qui disposent d'une structure organisationnelle stable, d'une équipe jeune avec une attitude positive envers les activités d'amélioration de la qualité ont moins de difficultés pour mettre en œuvre les activités d'amélioration de la qualité (Mann & Kehoe, 1993).

D'après Wolfson (2009), les facilitateurs internes à l'implantation des PACQ sont : la désignation d'un champion issu du milieu de pratique, la coopération des médecins et du personnel et l'implication des leaders du milieu de pratique (Wolfson, et al., 2009). Le facteur « *coopération des médecins* » (Wolfson, et al., 2009) peut être classé dans le modèle structurel de Champagne (2002). Par ailleurs, le facteur « *implication des leaders du milieu de pratique* » (Wolfson, et al., 2009) peut être classé dans le modèle du développement organisationnel et le modèle politique : le modèle du développement organisationnel puisque les leaders du milieu de pratique peuvent faciliter une planification de bas en haut ; le modèle politique aussi puisque l'implication des leaders peuvent faciliter la mobilisation des forces politiques au niveau organisationnel et en dehors de l'organisation pour l'implantation des PACQ et aussi influencer les bases du pouvoir pour faciliter la mise en œuvre du PACQ.

Par ailleurs, Lee et collègues (2002) ont procédé à une évaluation des facteurs qui influencent la mise en œuvre des PACQ dans 67 Hôpitaux en Corée du Sud. Ils ont rapporté que les hôpitaux ayant adopté un système d'information de qualité capable de produire des données valides et précises pour la prise de décision sont plus avancés dans la mise en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité (Lee & al., 2002). Le facteur « *adoption d'un système d'information de qualité* » pourrait être classé dans le modèle

structurel de Champagne (2002) puisqu'il tient compte des attributs organisationnels et du contexte organisationnel.

Les barrières à l'implantation des PACQ sont de plusieurs ordres : la taille de l'organisation revient souvent comme une barrière en termes de ressources humaines insuffisantes, mais certaines études montrent que la pratique en petite équipe peut être un avantage dans certains cas en terme de flexibilité et de la cohésion du microsystème (Wolfson, et al., 2009). Les barrières qui reviennent le plus souvent sont : le cout, la contrainte de temps, manque de personnel formé en amélioration de la qualité, la résistance du personnel clinique, résistance au changement en général, la rotation ou changement continue du personnel, des systèmes et des processus incompatibles, la capacité pour suivre le changement mis en œuvre, les ressources à mobiliser, les structures organisationnelles qui bloquent le changement et des incitatifs financiers dysfonctionnels (Wolfson, et al., 2009), (Grol, et al., 2008).

D'autres auteurs ont relaté d'autres déterminants de l'implantation des PACQ : *les facteurs stratégiques* (Juran, 1986), (Deming, 1986), (Goldstein & Schweikhart, 2002) (Baldrige National Quality Award, 2009) ; *les facteurs structurels* (Alexander, 2006), (Berwick, 1990), (Blackburn & Rosen, 1993) ; (A Wilkinson, Marchington, & Dale, 1993), (Choppin, 1991), (Stratton, 1991), (Steeple, 1992) ; *la capacité de mobiliser les ressources adéquates* (Alexander, et al., 2006), (Blumenthal, 1998) ; *l'implication du personnel* (Weiner et al. 2006), (Alexander, 1997), (Shortell et al., 1998), (Blumenthal, 1998, (A. Wilkinson, Marchington, Goodman, & Acker, 1992) ; *les facteurs de l'environnement externe* (Lozeau, 2004), (Lozeau, 1996), (Blumenthal, 1998), (Umar, et al., 2009) ; *le leadership* (Berwick, 1998), (Ovretveit 2004), (Onyett, 2006), (Goldstein & Schweikhart, 2002), (Gibson, 1990), (Baldrige National Quality Award, 2009) ; *la culture organisationnelle* (S. M. Shortell et al., 1995), (Parker, Wubbenhorst, Young, Desai, & Charns, 1999), (Westbrook & Utley, 1995).

### *Les facteurs stratégiques*

Les facteurs stratégiques analysent comment l'organisation de santé développe et établit les objectifs stratégiques et les plans d'actions, leur évolution et comment les progrès sont mesurés. Le terme « stratégie » est vu ici de façon très large et intègre la façon formelle ou informelle que l'organisation adopte pour se préparer et s'orienter vers le futur dans le but de prendre des décisions et allouer les ressources et les projections de performance à court, moyen et long terme (Juran, 1986), (Deming,

1986), (Goldstein & Schweikhart, 2002), (Baldrige National Quality Award, 2009). On pourrait intégrer ce facteur dans le modèle stratégique de Champagne (2002).

#### *Les facteurs structurels.*

Les facteurs structurels concernent toutes les entités infrastructurelles qui supportent les activités d'amélioration continue de la qualité (les comités de coordination, les groupes de travail, les mécanismes de reddition de compte, les incitatifs, les modes de récompenses, etc.). On inclut aussi dans les facteurs structurels le mode gestion des ressources humaines et le mode de renforcement de capacité du personnel et la formation du personnel (Alexander, 2006), (Berwick, 1990), (Blackburn & Rosen, 1993), (A Wilkinson, et al., 1993), (Choppin, 1991), (Stratton, 1991), (Steeple, 1992). Les facteurs structurels collent bien dans le modèle structurel, selon la typologie de Champagne (2002).

#### *Capacité de mobiliser les ressources adéquates*

Comme facteur capable d'influencer l'implantation des PACQ, on peut citer la *capacité de mobiliser les ressources adéquates*. Ce dernier est classé dans le modèle hiérarchique et rationnel du modèle de Champagne et collaborateurs. Ces facteurs concernent la capacité pour l'organisation à mobiliser des ressources adéquates pour la mise en œuvre du PACQ. Ces ressources peuvent être de divers ordres : humaines, financières, infrastructurelles, structurelles et informationnelles et les systèmes d'information (Alexander, et al., 2006), (Blumenthal, 1998). Les organisations capables de mobiliser les ressources adéquates seront plus avancées dans l'implantation des PACQ (Alexander, et al., 2006).

#### *L'implication des employés*

Comme autre facteur, on peut citer *l'implication des employés*. Ce dernier s'adapte bien au modèle de développement organisationnel dans la typologie de Champagne et collaborateurs. Ce facteur, *l'implication des employés*, tient compte de la volonté du personnel de santé d'utiliser les méthodes et outils d'amélioration et les principes du PACQ. Plusieurs auteurs ont relaté la difficulté d'impliquer les médecins comme obstacle majeur (Weiner et al. 2006), (Alexander, 1997), (Shortell et al., 1998), (Blumenthal, 1998). Les stratégies inefficaces pour mobiliser les employés peuvent résulter en un enlisement ou un effondrement de la démarche qualité (Lozeau, 1996), (A. Wilkinson, et al., 1992).

### *Facteurs de l'environnement externe à l'organisation*

Les *facteurs de l'environnement externe à l'organisation* représentent les pressions des organismes externes, les facteurs catalytiques ou inhibitrices externes à l'organisation. Ils englobent aussi les pressions sociales et les interactions sociales environnementales qui jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre. Ces facteurs externes peuvent être d'ordre politique, économique, sociologique, institutionnel (Abrahamson, 1991), (Lozeau, 2004), (Lozeau, 1996), (Blumenthal, 1998). Les facteurs externes peuvent servir de catalyseur pour l'implantation des PACQ (Lukas, et al., 2007). Toutefois, ces pressions externes peuvent ne pas correspondre à un réel capacité et dynamique à l'interne pour implanter les PACQ (Lozeau, 2004). Les initiatives d'amélioration de la qualité dans les pays en voie de développement sont surtout motivées par les objectifs des bailleurs et des partenaires au développement (Umar, et al., 2009). Les « *facteurs de l'environnement externe à l'organisation* » correspondent bien au modèle environnemental dans la classification de Champagne (2002).

### *Le leadership*

On considère ici les leaders seniors au niveau administratif et opérationnel et clinique et aussi au niveau du sommet managérial et leur action pour supporter les activités d'amélioration continue de la qualité. Dans cette catégorie on intègre aussi le système de gouvernance de l'organisation et comment les leaders s'y prennent : la vision, les valeurs, la mission, la communication et l'encouragement pour la performance. La variable leadership intègre aussi la façon dont les leaders supportent ou facilitent le contexte pour les objectifs stratégiques et les plans d'action. Plusieurs auteurs ont relaté l'importance du leadership pour le succès de l'implantation des PACQ. (Berwick, 1998), (Ovretveit 2004), (Onyett, 2006), (Goldstein & Schweikhart, 2002), (Gibson, 1990), (Baldrige National Quality Award, 2009).

### *La culture organisationnelle*

Les facteurs culturels représentent les croyances, les valeurs, les normes et les conduites et incluent : les modes d'autorité, de coordination, les interrelations entre les employés, le style de leadership, relation de l'organisation avec l'environnement externe et interne, mode gestion et de développement des ressources humaines, mode d'acquisition des ressources, mode de communication, délégation de tâches, degré de flexibilité, capacité d'innovation, prise de risque, degré d'autonomie, mode de récompenses, mode de support et de supervision, mode de gestion des problèmes (S. M. Shortell, et al., 1995), (Parker, et al., 1999), (Westbrook & Utley, 1995). Les organisations avec une culture

participative qui favorise la flexibilité, la prise de risque, la délégation, le renforcement des capacités et le travail en équipe sont favorables à l'implantation des PACQ (S. M. Shortell, et al., 1995).

**Le leadership et la culture organisationnelle sont considérés comme des facteurs transversaux et sont décrits de façon adaptée en fonction des différents modèles du changement proposé par Champagne et al.**

Décrivons maintenant le leadership et la culture organisationnelle de façon plus spécifique en fonction des différents modèles de changement proposé par Champagne et collaborateurs : par exemple, leadership autoritaire pour le « modèle hiérarchique », culture de participation pour l'approche de « développement organisationnel ».

Modèle hiérarchique et rationnel : dans le modèle rationnel, on retrouve aussi des éléments de leadership surtout de type autoritaire. De plus, les leaders sont programmeurs, planificateurs. C'est une culture qui met l'accent sur la stabilité et le contrôle. La division du travail et les responsabilités se réalisent, selon une culture bureaucratique.

Selon l'approche du développement organisationnel : le leadership est de type participatif. La culture met l'accent sur la prise de risque et les initiatives de la base opérationnelle. C'est donc une culture de groupe et de travail en équipe.

L'approche psychologique : en termes de leadership, il faut un leader capable de vaincre les résistances individuelles.

Selon la perspective structurelle : le leadership est flexible tenant compte du contexte (modèle structurel) (Champagne, 2002). Donc, la culture insiste sur la flexibilité en fonction de la situation.

Selon l'approche politique : il s'agit surtout dans ce modèle d'une culture de gestion de conflit et de négociation. Le leader doit donc être proactif. Le leadership peut aussi être collectif.

Selon l'approche de la gestion stratégique : ces leaders sont en général visionnaires, stratèges en quête de crises et d'opportunités.



Selon la perspective environnementale : le leader doit être sensible à son environnement.

Selon le modèle de l'apprentissage organisationnel : le leadership est surtout collectif. La culture met l'accent sur l'apprentissage et la prise de risque. C'est une culture d'apprentissage et de prise de risque.

### **Cadre d'analyse**

Le cadre d'analyse proposé suit la séquence logique suivante : d'abord on présente des construits qui permettent d'évaluer le degré d'implantation des programmes de qualité en conceptualisant le PACQ à partir de composantes clés recensées dans la littérature sur les programmes d'amélioration continue de la qualité. Ensuite, un cadre, basé sur les modèles de changement, permettant d'analyser les déterminants de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL, est expliqué.

### **Cadre d'analyse : degré d'implantation du PACQ**

Ces construits, inspirés de Hackman (1995) et détaillés dans les parties précédentes, ont permis d'évaluer le degré d'implantation du programme d'amélioration continue de la qualité en tenant compte des principes et des composantes/activités des PACQ. Les construits retenus pour les composantes et activités sont : d'abord l'identification explicite et l'évaluation et la mesure des besoins et des attentes des clients ; la création d'un partenariat entre les fournisseurs en tenant compte de la qualité dans le choix des fournisseurs ; l'utilisation des équipes multidisciplinaires et transfonctionnelles pour identifier et résoudre les problèmes ; l'utilisation des méthodes scientifiques pour monitorer la performance et identifier les points d'amélioration, pour documenter les processus et évaluer les solutions alternatives aux problèmes identifiés ; l'utilisation de la gestion des processus pour augmenter l'efficacité des équipes ; la gestion basée sur les faits, l'analyse et l'utilisation des données.

Le modèle logique opérationnel, tenant des éléments recensés dans la littérature scientifique sur les PAQ a servi à étudier le modèle de programme d'amélioration continue de la qualité des soins mis en œuvre en Haïti et évaluer le degré d'implantation du PAQ (voir tableau 1, inspiré de Hackman).

<b>Tableau 1 : Liste des éléments constituant un programme d'amélioration de la qualité</b>
<b>Composante / Activités</b>
Identification et mesure des besoins et attentes des clients Processus d'identification des besoins et attentes mis en place
Création d'un partenariat avec les fournisseurs
Équipe multidisciplinaire
Utilisation de méthodes scientifiques
Gestion des processus Analyse des processus / identification problème au niveau des processus Amélioration des processus
Gestion basée sur les faits / Utilisation des données et de l'information pour la prise de décision Collecte, analyse, utilisation des données, de l'information et de la connaissance

Une modélisation des facteurs à considérer est proposée : elle représente une synthèse des différents modèles du changement en fonction des facteurs clés (voir tableau 2).

## **Cadre d'analyse : facteurs déterminants des PACQ**

Présentons sous forme de tableau (voir tableau 2), les différents facteurs recensés dans la littérature sur l'implantation des PACQ en fonction des modèles de Champagne (2002). Néanmoins, une approche ouverte a été retenue lors de l'analyse afin de laisser émerger d'autres facteurs.

Le leadership et la culture organisationnelle sont transversaux et peuvent se retrouver dans les différents modèles du changement proposés par Champagne (2002). Ils sont représentés en italique dans le tableau 2.

Le tableau 2 présente une intégration des facteurs recensés dans la littérature qui influencent les PACQ et les modèles du changement de Champagne et les facteurs déterminants de ces modèles. Les facteurs recensés dans la littérature sont notés en gras dans le tableau 2.

Intégrons dans les modèles de Champagne et collaborateurs, les autres facteurs recensés dans la littérature comme : les *facteurs de processus* ; le *type d'employés* ; les *valeurs partagées* ; le *style de management* ; la *structure organisationnelle* ; le *nombre d'employés* ; les *relations industrielles* ou avec l'environnement ; les *facteurs stratégiques* ; les *facteurs structurels* ; la *capacité de mobiliser les*

ressources adéquates ; l'implication du personnel ; les facteurs de l'environnement externe, le leadership ; la culture organisationnelle.

**Tableau 2. Facteurs déterminants de l'implantation des PACQ en fonction des modèles théoriques du changement (tableau intégré)**

<b>Modèles</b>	<b>Facteurs</b>
1. Le modèle hiérarchique et rationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La planification adéquate</li> <li>• Le contrôle hiérarchique sur les acteurs de l'implantation</li> <li>• Degré de cohérence entre les attentes des gestionnaires et les comportements des acteurs qui implémentent les PACQ</li> <li>• Conformité des agents avec le mode de communication verticale : la communication de haut en bas</li> <li>• <i>Le leadership autoritaire</i></li> <li>• <i>La culture bureaucratique</i></li> <li>• La capacité de mobiliser les ressources adéquates</li> <li>• Le style de management</li> </ul>
2. Selon l'approche du développement organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La présence d'une gestion participative</li> <li>• La décentralisation des processus de décision</li> <li>• La communication de bas en haut</li> <li>• L'enrichissement des tâches</li> <li>• Leadership de type participatif</li> <li>• <b>Culture de groupe</b></li> <li>• <b>L'implication du personnel</b></li> <li>• <b>Le style de management</b></li> <li>• <b>L'implication des leaders du milieu de pratique</b></li> </ul>

<p>3. L'approche psychologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les attitudes et les croyances favorables à l'implantation des PACQ</li> <li>• La congruence entre les habitudes des individus et les exigences de l'intervention</li> <li>• Processus d'échange sur les difficultés rencontrées lors de l'implantation</li> <li>• Les mécanismes de renforcement des nouvelles normes</li> <li>• <i>Leader capable de vaincre les résistances individuelles</i></li> <li>• <b>Les valeurs partagées</b></li> </ul>
<p>4. La perspective structurelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La capacité d'adaptation de l'organisation</li> <li>• Degré de flexibilité</li> <li>• Capacité de transformation suite aux pressions externes</li> <li>• Les attributs organisationnels (taille, niveau d'expertise, centralisation)</li> <li>• Le contexte organisationnel</li> <li>• Attention portée à l'innovation : l'implication des gestionnaires ; l'implication des médecins et des professionnels</li> <li>• <i>Leadership flexible</i></li> <li>• <i>La culture met l'accent sur la flexibilité</i></li> <li>• <b>Facteurs de processus</b></li> <li>• <b>Les types d'employés</b></li> <li>• <b>Le style de management</b></li> <li>• <b>La structure organisationnelle</b></li> <li>• <b>Le nombre d'employés</b></li> <li>• <b>Coopération des médecins</b></li> <li>• <b>Adoption d'un système d'information de qualité</b></li> </ul>

<p>5. L'approche politique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cohérence entre les stratégies des acteurs et les caractéristiques des PACQ</li> <li>• Le support aux agents responsables de l'implantation</li> <li>• Le degré d'appui des forces politiques de l'organisation pour rendre opérationnel les PACQ</li> <li>• <i>Culture de gestion de conflit et de négociation</i></li> <li>• <i>Leadership collectif</i></li> <li>• <b>L'implication des leaders du milieu de pratique</b></li> </ul>
<p>6. L'approche de la gestion stratégique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'une situation de crise</li> <li>• Transformation culture organisationnelle</li> <li>• Présence de nouvelle configuration « culture-stratégie-structure »</li> <li>• <i>Leaders visionnaires, stratèges en quête de crises et d'opportunité</i></li> <li>• <b>Les facteurs stratégiques</b></li> <li>• <b>Le style de management</b></li> </ul>
<p>7. La perspective environnementale : la théorie écologique et la théorie institutionnelle ou la théorie néo-institutionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La création de nouvelles formes organisationnelles</li> <li>• Réponse de l'organisation aux attentes et normes de l'environnement institutionnel</li> <li>• Degré de conformité entre les pratiques organisationnelles et l'environnement institutionnel</li> <li>• <i>Le leader sensible à son environnement</i></li> <li>• <b>Les facteurs de l'environnement externe</b></li> <li>• <b>Les relations industrielles</b></li> </ul>
<p>8. Le modèle de l'apprentissage organisationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité des acteurs pour prendre des initiatives</li> <li>• Acceptation de l'erreur comme source d'apprentissage et de changement</li> <li>• Capacité d'apprendre de façon collective en fonction des connaissances organisationnelles</li> <li>• Leadership collectif ; partage de rôles des acteurs</li> <li>• Complémentarité entre les acteurs ; implication des tous</li> <li>• <i>Leadership collectif</i></li> <li>• <i>Culture de prise de risque</i></li> <li>• <b>Culture d'apprentissage</b></li> </ul>

En tenant compte de l'article de Hackman (1995), il semble que les modèles du développement organisationnel, de l'apprentissage organisationnel et le modèle rationnel sont particulièrement reliés aux théories d'amélioration continue de la qualité. Ces perspectives semblent les plus intéressantes, car faisant partie de la théorie des PACQ, quoiqu'on ne fasse pas de choix définitifs vu la nouveauté du sujet dans le contexte haïtien. À la collecte des données et leur analyse partielle, on a gardé une perspective ouverte qui a permis ensuite à phase d'analyse détaillée de classer les facteurs explicatifs identifiés de façon inductive et déductive, en utilisant des procédures de découverte et de vérification et en faisant des aller-retours entre le monde empirique et le monde théorique.

Dans la section suivante, la méthodologie est abordée. Cette dernière sera intégrée autour des questions de recherche :

1. Modéliser le PACQ
2. Apprécier le degré de mise en œuvre du PACQ
3. Analyser les déterminants de la mise en œuvre du PACQ

## **MÉTHODOLOGIE**

La recherche a fait appel à des méthodes qualitatives en combinant plusieurs approches (ethnographique et l'approche mixte de Miles et Huberman) (Miles et Huberman, 2003), (Brannen, 2005; Cresswell, 2003) et des sources variées de collecte de données avec une perspective holistique pour une analyse détaillée des initiatives d'amélioration continue de la qualité. Cette stratégie est à la fois inductive et déductive.

On va expliquer la méthodologie (stratégie, validité, échantillonnage, instruments de collecte, méthode de collecte, analyse des données) pour chacune des composantes principales de cette recherche :

1. Modélisation du PACQ
2. Appréciation du degré de mise en œuvre du PACQ
3. Analyse des déterminants de la mise en œuvre du PACQ

## **1. Modéliser le PACQ**

La modélisation est une représentation du programme HEALTHQUAL qui fait le lien entre les intrants, les activités, les extrants et les résultats à court, moyen et long terme et qui précise les liens causaux entre ces différents éléments : elle peut se réaliser sous forme de tableau, de graphique ou de diagramme. La modélisation logique est donc l'ensemble des processus pour développer le modèle logique de l'intervention (analyse du bien-fondé de l'intervention). Il s'agit d'un processus visant à rendre intelligible l'intervention à l'aide de symboles et de modèles afin de développer un modèle plausible et défendable sur la façon dont le programme fonctionne (voir annexe 2 pour plus de détails sur la définition opérationnelle). L'article 1 fournit des détails complémentaires sur le processus suivi pour modéliser le programme HEALTHQUAL.

### **Stratégie de recherche**

En ce qui concerne la modélisation, une démarche inductive a été employée. La modélisation s'est réalisée en plusieurs étapes, de façon itérative à travers plusieurs réunions de groupe. On a aussi procédé à des entrevues individuelles, des observations et consulter des documents (voir annexe 2 pour plus de détails).

D'abord, l'intervention a été conceptualisée en réalisant le modèle logique à partir des composantes et des activités planifiées et en réalisant des entrevues avec les acteurs. La réalisation du modèle logique tient compte de la vision et des perspectives des acteurs de terrain qui travaillent dans le PACQ. On a donc dégagé une compréhension commune des liens entre les entrants, les composantes/activités, les groupes cibles, les extrants et les résultats à court, moyen et long terme. On a, à partir des entrevues préliminaires et la consultation des documents du projet et des observations, élaboré un premier jet du Modèle Logique ; puis on a organisé des réunions afin de discuter du modèle préliminaire et d'élaborer le modèle logique de façon participative avec les acteurs (voir annexe 2 et article 1 pour des explications complémentaires).

Le but de cette démarche est de déterminer le modèle initial que les acteurs ont voulu implanter. On a ainsi dégagé à travers les perceptions des acteurs et des promoteurs de la mise en œuvre la vision de ce

qu'ils ont voulu mettre en œuvre. Cette modélisation a permis par la suite d'étudier l'écart entre ce que l'on a voulu mettre en œuvre et ce qui est effectivement mis en œuvre.

## **Validité**

On va parler d'abord de la validité et de la transférabilité.

En ce qui concerne la modélisation, la validité apparente et de contenu dépendent de la cohérence entre les propositions des acteurs sur ce qu'ils ont voulu mettre en œuvre. L'objectif ce n'est pas d'avoir le meilleur modèle, mais d'aider les acteurs à s'entendre sur un modèle acceptable pour la majorité des acteurs. Et c'est ce dernier modèle logique qu'on a utilisé pour analyser l'implantation du programme HEALTHQUAL.

En ce qui concerne la transférabilité, elle est de moyenne portée : ce qui compte surtout à cette étape n'est pas tant l'extrapolation à d'autres contextes, mais de développer une compréhension plus ou moins acceptable entre les acteurs du programme HEALTHQUAL afin de rendre le modèle logique explicite pour une analyse du degré de mise en œuvre. Ce qui a permis d'analyser de façon systématique le programme HEALTHQUAL et de poser les questions adéquates et appropriées.

## **Échantillonnage**

En ce qui concerne la modélisation, l'échantillon a été choisi de la façon suivante : on a surtout observé les formateurs HEALTHQUAL-Haïti à l'œuvre (7 formateurs) et leur interaction avec 9 participants lors des séances de formation ; on a observé aussi les intervenants lors de l'atelier national HEALTHQUAL-Haïti (15 intervenants qui ont pris la parole durant l'atelier) afin d'avoir une idée sur ce que les promoteurs du programme HEALTHQUAL ont voulu réaliser et mettre en œuvre ; on a consulté deux (2) experts (professeur Lambert Farand et professeure Marie-Pascale Pomey), et enfin on a analysé des documents (n=70). D'abord, un modèle logique préliminaire a été élaboré avec un groupe restreint d'acteurs (2 personnes qui connaissent le programme HEALTHQUAL). Puis par la suite, ce modèle préliminaire a été présenté à d'autres groupes d'acteurs pour restitution, discussion et validation lors de deux (2) réunions : une première réunion avec des acteurs et des prestataires du réseau CMMB (n=16) et lors d'une réunion de groupe sur le SIS et HEALTHQUAL-Haïti (groupe de discussion) (10



personnes ont été présentes dans cette réunion). Suite à cette dernière réunion, quatre (4) « feedbacks » ou « rétroactions » d'acteurs ont été reçus par courriel et par téléphone permettant de raffiner le modèle logique et de le finaliser.

C'est donc une phase itérative de collecte de données sur le programme afin d'étudier les composantes du programme et les liens entre ressources, activités, extraits, résultats.

En ce qui concerne la modélisation, on a choisi l'échantillon de la façon suivante : on a sélectionné des documents que les responsables du comité national HEALTHQUAL et du « core team » (comité technique ou les membres comité national HEALTHQUAL ou que les coaches du « Center for Disease Control » (CDC) ont envoyé ou ont recommandé. Par la suite, des documents ont été consultés sur le site HEALTHQUAL ([www.healthqual.com](http://www.healthqual.com)) et aussi sur le site national quality center ([www.nationalqualitycenter.org](http://www.nationalqualitycenter.org)). En plus des documents, des informateurs clés ont été sélectionnés par la méthode boule de neige (n=4). Ainsi, les participants dans cette première phase de la recherche ne proviennent pas des sites de recherche qui ont été sélectionnés dans un deuxième temps.

L'échantillon a été de convenance : des opportunités qui se présentent ont été saisies afin de collecter des données sur le modèle logique. Par exemple, lors d'une réunion de groupe avec des acteurs du programme HEALTHQUAL pour discuter sur le système d'information HEALTHQUAL, cette occasion a été saisie pour animer une discussion pour permettre aux acteurs de donner leur feedback sur le modèle logique préliminaire (n=10). De plus, comme il y a eu une formation de coaches dans le cadre du programme HEALTHQUAL, on a profité de cette formation pour comprendre la conception et les stratégies et les composantes du programme HEALTHQUAL et les résultats attendus (n=16).

En résumé, d'abord, un modèle logique préliminaire a été élaboré avec un groupe restreint d'acteurs. Puis par la suite, ce modèle préliminaire a été présenté à d'autres groupes d'acteurs pour discussion et finalisation lors de plusieurs réunions de groupe (atelier de restitution et de validation). Puis des entrevues individuelles ont été réalisées avec des acteurs du programme HEALTHQUAL (n=4).

## **Qualité des instruments**

Les questions ont été améliorées et aiguisées en fonction des informateurs et résultats lors des entrevues antérieures. Il s'agit à ce stade d'analyser la plausibilité des nœuds et des liens du modèle logique.

## **Méthode de collecte (voir annexe 2)**

En ce qui concerne la modélisation, on a procédé par des entrevues semi-structurées, des observations, par focus groupe et analyse documentaire pour collecter les données (voir annexe générale 2 pour plus de détails). On a considéré comme des séances d'observation la participation dans l'atelier national HEALTHQUAL, la participation dans la formation des coaches et aussi la participation dans la réunion de planification et des discussions sur le programme HEALTHQUAL (réunion sur le système d'information et HEALTHQUAL) et aussi les réunions du réseau "Catholic Medical Mission Board" (CMMB) pour discuter sur les stratégies d'amélioration de la qualité dans le cadre du programme HEALTHQUAL. On a aussi tenu un journal de bord comme méthode de collecte et d'analyse des données. Le journal de bord permet de documenter sur une base régulière les interrogations, questions et compréhensions du programme HEALTHQUAL en ce qui concerne les ressources, les composantes du programme HEALTHQUAL, les activités, les mécanismes et les résultats. La collecte des données a débuté en novembre 2012 et a continué au cours de l'année 2013 et 2014. La collecte et l'analyse des données pour le développement du modèle logique ont été finalisées en janvier 2016. Elles se sont déroulées en parallèle. Ainsi, au fur et à mesure qu'on collecte et analyse les données, le modèle logique évolue aussi jusqu'à sa forme finale en janvier 2016.

Cette intimité avec le milieu d'implantation du programme HEALTHQUAL a permis d'avoir une compréhension unique du programme HEALTHQUAL-Haïti et de sa structure, sa philosophie et de sa mise en œuvre dans les établissements de santé en Haïti. Dans le cadre de ce travail dans le réseau « service de Santé de qualité pour Haïti » (SSQH), on a visité près de douze (12) sites HEALTHQUAL pour fournir un encadrement technique et pour faire du coaching dans le cadre de la mise œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti. On a aussi participé dans au moins six (6) rencontres des comités de qualité et/ou comités de projets. On a aussi organisé trois (3) ateliers de réflexion sur le programme de qualité pour les prestataires et administrateurs de ce réseau.

## **Analyse des données**

L'analyse a commencé par une lecture et une relecture approfondie des documents. À plusieurs reprises, les documents audio ont été écoutés en prenant aussi des notes. Un journal de bord a été tenu pour donner sens au flot d'informations, aux émotions et compréhensions qui se dégagent durant la phase de collecte et d'analyse. Par ailleurs, pour la modélisation de façon plus spécifique, on a procédé d'abord par une analyse des documents en fonction d'un tableau avec différentes colonnes : intrants/ressources, composantes, activités, mécanismes, résultats court, moyen et long terme. Les données pour remplir le tableau proviennent des entrevues, des observations afin de dégager un modèle préliminaire pour ensuite présenter cette esquisse aux partenaires et acteurs afin qu'ils puissent le finaliser lors des différentes réunions. En plus de l'analyse sous forme de tableau, le logiciel « c-map Tools » (outils de carte conceptuelle) a été employé afin de réaliser un diagramme pour mieux illustrer les nœuds ou éléments du modèle et les liens qui existent entre les éléments du modèle. Une analyse de l'ensemble des données collectées (documents écrits et enregistrements audio) pour l'élaboration du modèle logique a été effectuée avec le logiciel « Atlas ti » afin de valider les éléments du modèle (les nœuds) et les liens entre les éléments (flèches) du modèle logique. Il s'agit à cette étape d'une analyse plus déductive pour valider les résultats. Pour réaliser cette analyse, un « codebook » (livre des codes) a été développé avec l'ensemble des codes et leurs définitions.

## **2. Apprécier le degré de mise en œuvre du PACQ**

La conceptualisation opérationnelle du degré d'implantation sera expliquée pour ensuite présenter la méthodologie proprement dite avec ses différentes sections (stratégie, validité, échantillonnage, instruments de collecte, méthode de collecte, analyse des données).

### **Stratégie de recherche**

Pour apprécier le degré d'implantation, la méthode narrative a été utilisée pour comprendre comment est mis en œuvre le PACQ, comment se déroule l'implantation, la perception des acteurs et leurs attentes par rapport au PACQ et aussi les forces et les faiblesses du programme. De plus, la méthode descriptive a aidé à mieux comprendre et expliciter les composantes du PACQ qui sont effectivement implantées. On a procédé à une analyse rétrospective du processus et de son évolution et on a aussi observé dans le

temps des évènements du processus d'implantation afin de mieux les comprendre (Pettigrew, 1990), (Yin, 1989), (Van de Ven, 1992), (Langley, 1996).

De plus, une comparaison des principes et des activités mises en œuvre dans le PACQ au niveau des quatre (4) institutions choisies (cas) en Haïti avec le modèle conceptuel du degré de mise en œuvre a permis d'observer les discordances ou les particularités dans la façon dont le PACQ est conçue et mise en œuvre dans les établissements de santé sélectionnés. Ce qui a facilité le développement d'un modèle de ce qui a réellement été implanté en Haïti et les particularités du modèle mis en œuvre en Haïti. Donc, le modèle logique réalisé dans la première phase de cette recherche a servi de boussole pour apprécier le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Des questions ouvertes ont été posées afin que les participants dans la recherche racontent des histoires sur leur expérience de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL : de façon spontanée, certaines données ont permis d'évaluer les éléments du modèle logique qui sont mis en œuvre ; une fois l'élément identifié par l'informateur, des questions ont été posées comme « comment cela a été mise en œuvre ? », « pourquoi ? », « quels facteurs ont influencé cet élément ? », « quels facteurs ont favorisé cet élément ? », « quels ont été les obstacles ? » et « les facteurs inhibants ? ». Au cas où certains éléments du modèle logique n'ont pas émergé de façon spontanée par l'informateur clé, l'intervieweur a demandé au participant de préciser certains éléments du modèle afin d'évaluer si l'élément est présent et son degré de mise en œuvre.

Pour conceptualiser l'implantation des PACQ et la mesurer, on se réfère aussi aux travaux de Kevin Real et Marshall Scott Poole (2005). L'implantation a été considérée, selon une théorie de processus (Real & Poole, 2005).

Le degré d'implantation évalue aussi le degré d'utilisation des méthodes et outils d'amélioration de la qualité ou de l'innovation en tant que telle. Pour des raisons de parcimonie, douze dimensions clés (un sous-ensemble du modèle logique du programme HEALTHQUAL) ont été sélectionnées pour évaluer le degré de mise en œuvre :

1. Prise en compte des attentes des clients
2. Implication des patients/clients

3. Création d'un partenariat
4. Équipe multidisciplinaire / comité qualité
5. Utilisation de méthodes scientifiques
6. Gestion des processus
7. Gestion basée sur les faits
8. Coaching/mentoring
9. Implication du personnel
10. Implication du leadership / de la haute direction
11. Élaboration et mise en œuvre du plan de qualité
12. Évaluation du programme qualité

Des critères qualitatifs ont été pris en compte pour évaluer chaque dimension (voir article 2 pour plus de détails). Chaque dimension a été classée, selon des scores prédéfinis : score zéro (aucune mise en œuvre), score 4 (mise en œuvre élevée). Les scores suivants ont été déterminés après une analyse qualitative afin de trouver des éléments qui justifient ce score :

- Absence de mise en œuvre (niveau nul) : score nul (zéro) (0)
- Mise en œuvre (niveau faible) : score un (1)
- Mise en œuvre (niveau moyen) (niveau de base) : score deux (2)
- Mise en œuvre (niveau entre moyen et élevé) (niveau intermédiaire) : score trois (3)
- Mise en œuvre (niveau élevé) (haut niveau) : score quatre (4)

Par la suite, pour chaque site, le score total de l'établissement de santé a été déterminé en tenant compte des critères suivants : score total de 0 (aucune mise en œuvre du programme HEALTHQUAL dans le site) ; score total entre 0 et 12 (mise en œuvre faible) ; score total entre 12 et 24 (mise en œuvre moyen) ; score entre 24 et 36 (mise en œuvre : niveau intermédiaire) ; score entre 36 et 48 (mise en œuvre élevée).

## **Validité**

Il s'agit ici d'un exercice descriptif. La cohérence dépend de l'articulation entre le modèle théorique et le mode d'analyse. L'analyse s'est réalisée sur différents niveaux afin de porter un jugement valide et cohérent sur le degré d'implantation du PACQ. De la conformité de cette explication avec ce modèle théorique (voir modèle logique du programme HEALTHQUAL et la conceptualisation des programmes de qualité dans la littérature scientifique) a découlé la plausibilité du modèle. Ainsi le mode d'analyse choisi s'est basé sur la conformité entre le modèle théorique et la réalité empirique d'une part et d'autre part sur la construction d'une explication par l'observation et la documentation des événements entourant l'implantation du programme d'amélioration continue de la qualité et l'observation du déroulement des processus de mise en œuvre des activités et du programme dans son ensemble. Cette explication fine de la réalité empirique a permis de construire une explication sur la base de critères qualitatifs prédéfinis tenant compte des modèles théoriques sur la conceptualisation de la mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité (PACQ) (Yin, 1984). La stratégie de recherche et les méthodes retenues ont permis de tirer des conclusions valides sur le modèle et les activités mises en œuvre en Haïti et de produire des conclusions valides sur le degré de mise en œuvre du PACQ.

En ce qui concerne la plausibilité, elle dépend de la cohérence interne entre les différents domaines de la théorie et la réalité observée. Cette double cohérence a permis une meilleure généralisation à d'autres contextes, selon le principe de développement d'une explication. Plus on comprend le mécanisme, plus on augmente la validité apparente et de contenu. Cependant, dans le cadre de cette recherche, on s'attend de préférence à des théories de moyenne portée. On s'attend même à trouver des discordances entre le modèle de référence et la réalité empirique, étant donné la complexité du système de santé en Haïti et du contexte. La cohérence et la plausibilité du modèle dépendent donc de l'observation répétée du modèle observé et de sa réplique dans d'autres contextes ou dans différents sites à l'étude. D'où l'importance du choix d'étudier quatre cas (4) cas afin d'analyser comment les résultats d'un cas se répliquent dans les autres cas.

## **Population cible/Échantillonnage**

La recherche s'est concentrée sur le programme d'amélioration continue de la qualité dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Pour la partie de la recherche concernant l'analyse d'implantation,

l'échantillon de départ est constitué des 19 sites pilotes du projet HIVQUAL-Haïti (ancien nom du programme HEALTHQUAL-Haïti actuel). Des visites de terrain et l'analyse des documents ont été réalisées pour collecter des informations détaillées sur les sites du programme HEALTHQUAL. De ces 19 sites, quatre (4) sites ont été choisis pour l'étude de cas. Deux (2) anciennes étudiantes du diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en management et gestion des services de santé de l'université d'État d'Haïti (UEH) ont été recrutées afin de réaliser des entrevues avec cinq acteurs clés du programme HEALTHQUAL afin d'aider à sélectionner au moins quatre (4) sites parmi les plus performants, selon les critères inductifs ou subjectifs des acteurs clés du programme HEALTHQUAL-Haïti. Les points abordés lors de la sélection des sites sont les suivants :

1. D'après votre connaissance et expérience avec les sites qui performant bien ou qui ont du succès dans le cadre de HEALTHQUAL, quels sont les cinq (5) meilleurs sites.
2. Sites publics, ONG, Mixte
3. Sites en milieu rural (Province) versus milieu urbain
4. Type d'établissement de santé : Hôpital versus Centre de Santé à Lit
5. Disponibilité de l'EMR/i-Santé
6. Prix d'excellence
7. Participation site dans les conférences internationales sur la qualité
8. Autres éléments

La recherche a tenu compte de plusieurs niveaux : d'abord les professionnels de la santé et le personnel de santé qui travaillent dans les programmes d'amélioration continue de la qualité (niveau 1), les équipes d'amélioration de la qualité (niveau 2), le niveau organisationnel où se fait l'implantation des PACQ (niveau 3) et le système de santé (niveau 4).

La recherche a concerné la prise en charge ambulatoire des « personnes vivant avec le VIH » (PVVIH) dans les cliniques externes des sites du programme HEALTHQUAL-Haïti les plus anciens (cohorte entre 2008-2010). Mais vu le changement de stratégie du MSPP de HIVQUAL vers HEALTHQUAL, on a dû tenir compte du programme qualité dans toute sa globalité. Les sites sélectionnés sont les suivants :

- Hôpital universitaire la paix (HUP), hôpital public, situé à Port-Au-Prince et faisant partie du réseau UGP-CDC-PEPFAR
- Hôpital universitaire justinien (HUI), hôpital public, situé au Cap-Haïtien, faisant partie du réseau UGP-CDC-PEPFAR
- CDS La Fossette, centre de santé, établissement mixte, MSPP et ONG, faisant partie du réseau projet Sante et USAID, CMMB et EQUIP
- Hôpital Saint-Damien/nos petits frères et sœurs (NPFS), hôpital, supporté par une ONG, situé à Tabarre, Port-Au-Prince, faisant partie du réseau CMMB

Ainsi les établissements de santé sélectionnés pour les études de cas ont été soit des hôpitaux soit des centres de santé avec lits. Comme critère d'inclusion, le site choisi doit avoir adopté au préalable un PACQ et être en train de l'implanter depuis au moins un (1) an. Ceci est d'autant plus important que la recherche comporte un volet rétrospectif et un volet prospectif. Par ailleurs, le site choisi ne doit pas avoir été endommagé ou affecté par le tremblement de terre du 12 janvier 2010, qui a dévasté une bonne partie du pays. L'échantillon est constitué de quatre (4) sites qui ont été choisis par choix raisonné (on s'intéresse aux sites qui sont considérés comme de bons élèves dans le cadre du programme HEALTHQUAL-Haïti, c'est-à-dire ceux qui sont réputés pour avoir mis en œuvre les activités du projet HEALTHQUAL et qui ont de meilleurs résultats en tenant compte des indicateurs du projet HEALTHQUAL). Ce choix des meilleurs élèves a aidé à mieux investiguer comment et pourquoi dans un contexte particulier, ces sites ont pu atteindre un degré d'implantation plus avancé que les autres et comment peut-on contourner les obstacles à la mise en œuvre. Il s'agit donc d'un échantillon non probabiliste.

En ce qui concerne la sélection des informateurs clés, le personnel de santé choisi pour fournir les informations travaille directement dans le PACQ, a une expérience avec les initiatives d'améliorations de la qualité ou fait partie d'une équipe de travail sur les initiatives d'amélioration de la qualité (niveau individuel et équipe). Au niveau organisationnel, des managers et les directeurs d'hôpitaux ou d'établissements de santé qui ont une expérience directe ou indirecte avec les initiatives d'amélioration de la qualité ont été inclus dans la population cible afin d'avoir une vision globale de la situation. Au niveau systémique, les personnes qui sont en position d'autorité et qui sont responsables de piloter le programme d'amélioration de la qualité tant au niveau départemental qu'au niveau national ont été



ciblées : directeurs départementaux, membres du comité qualité au niveau départemental, membres du « core team » niveau national, représentants des réseaux et coaches du programme HEALTHQUAL.

Les individus participant dans les entrevues sont choisis par choix raisonné et par la méthode boule de neige. 32 personnels de santé, des prestataires, managers et directeurs, qui travaillent directement dans les PAQ dans les sites sélectionnés, ont été choisis comme informateurs clés. On a aussi interviewé six (6) personnes qui représentent les partenaires, les responsables des ONG et du MSPP qui sont impliqués dans le PACQ, plus précisément les représentants du niveau départemental, les représentants du comité national HEALTHQUAL, les représentants de CDC et des ONG. En tout, un total de 38 personnes ont été interviewées (voir tableau 3 et 4) afin d'évaluer le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti. Les informateurs sont choisis par la méthode « boule de neige » (M. Patton, 2002) : les premières entrevues ont servi non seulement pour collecter des informations essentielles, mais aussi pour identifier d'autres informateurs clés qui ont une expérience dans les initiatives d'amélioration de la qualité (M. Patton, 2002), (Marshall & Rossman, 1989).

**Tableau 3. Répartition des entretiens et observations par site**

Sites	Nombre de personnes interviewées	Observations (Séances)
HUP	5	1
HUJ	14	2
CDS La Fossette	8	1
Hôpital St Damien / NPFS	5	1
Total	32	5

**Tableau 4. Représentants hors sites**

Sites	Nombre de personnes interviewées
Niveau départemental (Nord)	1
Représentant ONG (Nord)	2
Core Team HEALTHQUAL/Comité National HEALTHQUAL	CDC : 1 I-TECH :1 PIH/ZL : 1
Total	6

### **Qualité des instruments**

Les outils de collecte ont évolué en fonction des entretiens. La qualité des instruments dépend surtout de la compétence de l'étudiant-chercheur en matière d'entretien qualitatif : Il a fallu susciter les informateurs à expliciter leur expérience dans la mise en œuvre et poser des questions en tenant compte des éléments du modèle logique et des éléments ayant émergé durant l'entretien.

L'outil final pour évaluer le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL s'est focalisé sur douze dimensions clés (voir section précédente). L'outil a une bonne validité de contenu et de construit car basé sur la littérature scientifique sur la conceptualisation des programmes d'amélioration de la qualité et sur le modèle logique de l'intervention.

## **Méthode de collecte**

On a réalisé des entrevues, des observations et utiliser l'analyse documentaire pour apprécier le degré de mise en œuvre (voir annexe générale 3, 4 et 5).

Des projets d'amélioration continue de la qualité ont été observés dans le temps afin de mieux décrire les processus et les interactions entre les participants en mettant l'emphase sur des activités et des efforts opérationnels et ponctuels pour résoudre un problème donné en équipe et de façon structurée et méthodique (projet d'amélioration de la qualité).

On a élaboré une grille d'analyse et de synthèse des données collectées par cas ou site de recherche pour collecter des données pour des fins d'analyse, d'intégration de toutes les sources d'information tenant compte des différents éléments du modèle logique et du sous-ensemble de douze variables retenus (voir article 2 pour plus de détails). Certains participants dans la recherche sont interviewés à plusieurs reprises afin d'investiguer en profondeur les différents éléments sur le degré d'implantation.

La participation a été volontaire. Les personnes ayant une expérience dans les PAQ ont été interviewées : les prestataires, les gestionnaires, les promoteurs et les partenaires.

## **Analyse des données**

Les entrevues ont été enregistrées et une retranscription de type « verbatim » a été réalisée à partir des enregistreurs. Au cas où la personne interviewée ne se sente pas confortable avec l'enregistrement audio, des notes détaillées ont été prises. Puis, la transcription des notes après l'entrevue a été réalisée.

L'analyse du degré d'implantation s'est réalisée de manière qualitative afin de repérer dans la retranscription des entrevues les dimensions ou composantes du programme HEALTHQUAL-Haïti et des activités et stratégies mises en œuvre en Haïti tenant compte des éléments du modèle logique du programme HEALTHQUAL-Haïti, des douze dimensions clés retenues et des critères qualitatifs pour porter un jugement qualitatif sur le degré de mise en œuvre (voir article 2 pour plus de détails). L'écart entre ce qui a été planifié et ce qui a été réellement mise en œuvre a pu ainsi être évalué. De cette façon,

l'analyse du degré de mise en œuvre s'est réalisée, selon une approche à la fois inductive et déductive. Les données ont été codifiées avec le logiciel Atlas ti en élaborant un codebook.

### **3. Analyser les déterminants de la mise en œuvre du PACQ**

Les déterminants sont considérés comme les facteurs qui facilitent ou inhibent l'implantation des PACQ.

#### **Stratégie de recherche**

Puisque cette recherche porte sur la compréhension, l'explication et sur une étude en profondeur et détaillée des déterminants de l'implantation du programme d'amélioration continue de la qualité en tenant compte les éléments du contexte, un devis par étude de cas a été choisi pour mieux répondre à ces questions (Hammersley, 1992), (Yin, 1984), (Langley, 1996), (Marshall & Rossman, 1989; M. Patton, 2002). Il s'agit d'une recherche évaluative avec quatre (4) niveaux d'analyse (niveau individuel, de groupe ou d'équipe, niveau organisationnel et niveau systémique). L'étude de cas multiples permet de comprendre dans quelles mesures les conclusions peuvent se reproduire (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 2005). Cette stratégie décrit le programme et son contexte afin de mettre en évidence les facteurs qui sont déterminants pour expliquer le niveau d'implantation des programmes d'amélioration continue de la qualité en Haïti. Il s'agit d'une analyse d'implantation de type 1 (Champagne & Denis, 1992).

Une analyse rétrospective du processus et de son évolution a été adoptée afin de mieux comprendre les différentes étapes du processus d'implantation du programme d'amélioration continue de la qualité. On a aussi observé dans le temps des événements du processus d'implantation afin de mieux les comprendre et les expliquer (Pettigrew, 1990), (Yin, 1989), (Van de Ven, 1992), (Langley, 1996). Ainsi, on a étudié de façon longitudinale le programme d'amélioration continue de la qualité afin de mieux cerner son évolution et de comprendre et d'expliquer les conditions de succès ou les événements et les interventions susceptibles d'influencer le processus d'implantation. Une approche narrative a été employée en demandant aux acteurs de raconter des histoires, permettant ainsi de retracer le déroulement et l'évolution des activités, leur temporalité et mieux comprendre les facteurs qui influencent la mise en œuvre. On s'est immergé dans le contexte à l'étude et a procédé à des

observations participantes structurées et non structurées et utilisé aussi une démarche ethnographique et « théorie-driven » à la collecte, l'analyse et l'interprétation des données. Cette façon de procéder permet de dégager une compréhension profonde des pratiques, des processus à l'œuvre dans l'implantation du programme d'amélioration de la qualité. Les aspects sociaux, les valeurs, les conventions, le contexte local de la mise en œuvre ont été mieux explicités. Les déterminants, tant au niveau individuel, de groupe, organisationnel et systémique, ont été mieux compris.

L'étudiant-chercheur a aussi travaillé comme consultant et comme lead pour le programme d'amélioration de la qualité et comme coach dans le cadre du programme HEALTHQUAL d'août 2014 à mai 2016, dans le réseau SSQH/MSPP/USAID (service de santé de qualité pour Haïti / ministère de la Santé publique et de la population). Ceci a permis de s'immiscer et s'immerger dans les sites et de procéder selon une approche ethnographique pour bien comprendre le degré de mise en œuvre et les facteurs influençant la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

L'approche ethnographique permet de « produire des comptes rendus cohérents, valides et analytiquement justes » (Tesch, 1990). C'est une forme de recherche interprétative à visée descriptive. De plus, les procédures suivantes ont été suivies : codification, méthode de comparaison constante, la rédaction de mémos et détermination de liens entre le modèle théorique émergent et les modèles théoriques du changement (Miles et Huberman, 2003).

L'approche ethnographique et « theory-driven » ont été combinées. C'est une approche mixte (*Ibid*, 2003). Un journal de bord a été tenu avec des synthèses régulières des journées d'observations, de discussion et des interactions avec les acteurs du terrain afin de construire une explication progressive de la situation à l'étude. Des mémos ont été élaborés tout au long du processus de collecte et d'analyse.

## **Validité**

D'abord, la validité interne puis de la validité externe (Campbell, 1986) ou la transférabilité vont être présentées.

La validité interne dépend de l'articulation entre le modèle théorique et le mode d'analyse. L'analyse a été réalisée sur différents niveaux afin de porter un jugement valide et cohérent sur le degré d'implantation et les facteurs déterminants pour l'implantation avec succès d'initiatives d'amélioration continue de la qualité. De la conformité de cette explication avec ce modèle théorique découle la validité interne de cette recherche. Voir la section précédente sur l'appréciation du degré de mise en œuvre pour plus de détails.

En ce qui concerne la validité externe, elle dépend de la cohérence interne entre les différents domaines de la théorie et la réalité observée. Cette double cohérence permet une meilleure généralisation à d'autres contextes. On s'est focalisé sur le principe de développement d'une explication : plus on comprend le mécanisme à l'œuvre, plus on augmente la validité externe de la recherche. Cependant, dans le cadre de cette recherche, de préférence, des théories de moyenne portée ont été produites. La validité externe est d'autant meilleure qu'on comprend mieux les mécanismes d'implantation des initiatives d'amélioration de la qualité et les facteurs qui facilitent ou inhibent leur implantation et les facteurs contextuels qui influencent l'implantation. Par conséquent, plus cette explication est cohérente et forte en tenant compte des mécanismes, plus la validité externe est accrue (Contandriopoulos, et al., 2005), (Mark, 1987).

## **Population cible/Échantillonnage**

La façon de procéder pour déterminer la population cible et l'échantillon est semblable à la façon de procéder pour apprécier le degré de mise en œuvre (voir section précédente sur l'appréciation du degré d'implantation). De ces 19 sites, on a choisi quatre (4) pour cette étude de cas (voir section précédente sur l'appréciation du degré d'implantation)

La recherche concerne la prise en charge ambulatoire des PVVIH dans les cliniques externes des sites pilotes du projet HEALTHQUAL-Haïti. Les sites pilotes sont des établissements de santé et peuvent être soit des hôpitaux soit des centres de santé avec lits.

En ce qui concerne la sélection des informateurs clés, on a procédé de la même façon que pour apprécier le degré de mise en œuvre (voir section précédente sur l'appréciation du degré d'implantation).

Les individus qui participent dans les entrevues sont choisis par choix raisonné. Les informateurs clés sont sélectionnés par la méthode boule de neige (M. Patton, 2002) : les premières entrevues ont servi pour collecter des informations et pour identifier d'autres informateurs clés qui ont une expérience dans les initiatives d'amélioration de la qualité (M. Patton, 2002), (Marshall & Rossman, 1989). (Voir section précédente sur l'appréciation du degré d'implantation).

## **Qualité des instruments**

Voir section précédente sur l'appréciation du degré d'implantation.

## **Méthode de collecte (voir tableau 5)**

Des entrevues, des observations et l'analyse documentaire ont été utilisées pour analyser les déterminants de l'implantation (voir annexe générale 3, 4 et 5 pour plus de détails sur les outils de collecte).

On a observé des projets d'amélioration continue de la qualité dans le temps afin de mieux décrire les processus et les interactions entre les participants. On a aussi participé dans des conversations formelles et informelles lors de la collecte et tenu compte de ces informations uniques collectées par une approche ethnographique quand on a été complètement familiarisé avec le milieu de collecte des données et les acteurs observés.

Pour les catégories de personnel interviewé, voir la section précédente sur l'appréciation du degré de mise en œuvre (voir tableau 3 et tableau 4).

On a étudié les déterminants du PACQ en Haïti en évaluant les facteurs qui influencent l'implantation du PACQ en Haïti. Les modèles de changement proposés dans ce cadre d'analyse fournissent des hypothèses sur les différents facteurs pouvant influencer la mise en œuvre et expliquer le niveau de mise en œuvre. Des questions ouvertes ont permis aux informateurs clés de fournir des informations riches sur les facteurs. On a procédé de façon inductive pour repérer les facteurs des différents modèles dans le discours et déterminer leur influence sur la mise en œuvre. Ainsi, une approche « émique » dans les

données a été utilisée afin de permettre à l'interviewé de préciser sa perception et les faits afin d'isoler par la suite dans le discours les facteurs afin de les catégoriser en fonction des modèles du changement.

On a surtout posé des questions du genre : expliquer comment a été cette expérience avec la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL ? Comment ? Pourquoi ? Dans quelle mesure ? D'après vous pourquoi c'est ainsi ? Comment aurait-on pu faire différemment et mieux ? Qu'est-ce qui a aidé le plus à la mise en œuvre ? Qu'est-ce qui a aidé le moins à la mise en œuvre ? Comment ? Dans quelle mesure ? Chaque fois qu'un élément du modèle logique a été identifié, on creuse en posant des questions de suivi comme : Pourquoi cet élément ? Comment ? Quelle est l'influence de ce facteur sur cet élément ? Quels sont les facteurs facilitants ? Quels sont les facteurs inhibants ? Quelles sont les conséquences ? « Quelles sont les interactions entre... », « comment expliquer ce succès ? », « comment expliquer cet échec ? »

En fait, le vrai guide d'entrevue durant la collecte et l'analyse des données a été les éléments du modèle logique. Les gens ont raconté leurs expériences avec le programme HEALTHQUAL et dans leurs narratifs les éléments du modèle ont été retrouvés afin de poser des questions de suivi et d'approfondir et creuser avec des « comment » et des « pourquoi » et des questions sur les facteurs. Ainsi des informations riches et authentiques non biaisées par les préconceptions du programme HEALTHQUAL-Haïti ont été collectées. On a pu ainsi développer de façon inductive une image réelle du degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti et des facteurs empiriques tenant compte de la réalité du programme HEALTHQUAL-Haïti. L'entrevue sur les déterminants s'est déroulée concomitamment avec l'entrevue sur l'appréciation du degré de mise en œuvre en ajoutant des « pourquoi » et des « comment ».

## **Analyse des données**

Les entrevues ont été transcrites pour une meilleure analyse. L'étude des déterminants a été exécutée de manière inductive en analysant les « pourquoi » et les « comment » dans les transcriptions des entrevues. Les données de chaque cas ont été synthétisées dans une grille d'analyse et de synthèse (voir annexe article 2). Puis une analyse intra-cas et une analyse transversale, inter-cas ont été réalisées.



Pour l'analyse des données qualitatives, la méthode de comparaison constante et l'élaboration de mémo ont été utilisées (Silverman, 2000), (Strauss & Corbin, 1990), (Glaser & Strauss, 1967), de même que l'analyse narrative (Pettigrew, 1992), la méthode de condensation, de présentation (Matrices, graphiques, diagrammes, tableaux) et l'élaboration et la vérification (Miles & Huberman, 2003). Une grille d'analyse et de synthèse des données a été élaborée tenant compte des éléments du modèle logique, du degré de mise en œuvre, les facteurs facilitants et inhibants, des mécanismes et des conséquences (voir article 2). La triangulation des méthodes a été réalisée pour augmenter la validité des résultats (Denzin, 1978), (Yin, 1989). Les sources d'information et d'investigation ont été triangulées pour vérifier les informations. On a fait appel à un œil critique, une sociologue afin de discuter de sa vision sur la compréhension qui s'est dégagé et sur les résultats. On a aussi insisté sur la maximisation de la diversité et de la richesse de l'information. On a procédé aussi à la recherche active des contradictions, des anomalies et des différences. Les explications qui se dégagent lors des premières entrevues ont été systématiquement triangulées avec des explications subséquentes afin de détecter des contradictions. Une analyse par niveau et inter-niveau a été réalisée.

L'analyse des données qualitatives s'est réalisée de façon itérative au cours de la collecte des données et des données supplémentaires ont été collectées en fonction des analyses préliminaires. Un journal de bord a été tenu tout au cours de la recherche.

On a essayé de comprendre le processus d'évolution des événements et les liens logiques entre les événements (Van de Ven, 1992), (Langley, 1996).

Un « codebook » (livre de codes) a été élaboré et l'ensemble des données collectées, codifié avec le logiciel Atlas ti (voir annexes article 2 et 3 pour les « codebook »).

Ainsi, l'approche est à la fois inductive et déductive.

Enfin, on a élaboré un modèle conceptuel holistique de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Des variables empiriques des différents modèles du changement à l'œuvre dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL ont été prises en compte. Ainsi, ce modèle holistique, empiriquement fondé, intègre les différentes variables ou concepts de sept (7) modèles du changement :

le modèle politique, néo-institutionnaliste, psychologique, de l'apprentissage organisationnel, du développement organisationnel, le modèle structurel et le modèle rationnel. Le but est de déterminer quelle configuration de variables, à un moment donné, influence la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Cette stratégie a permis de faire de l'intégration théorique et de développer une compréhension approfondie des déterminants de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL en faisant un va-et-vient incessant entre le monde empirique et le monde théorique. Le tableau 5 présente une synthèse des questions de recherche, des outils de collecte, des sources et des modes d'analyse.

<b>Tableau 5. Méthode de collecte des données et mode d'analyse</b>			
<b>Objectifs / Variables</b>	<b>Méthodes de collecte/Instruments</b>	<b>Source de collecte</b>	<b>Mode d'analyse</b>
Modéliser le PACQ	-ISS (entrevue semi-structurée) -Observation -Analyse documentaire	Promoteurs/Gestionnaires/Équipe d'amélioration qualité Rapports de réunions Rapport d'activités Documents	Atlas ti Tableaux/Matrices Graphiques Diagramme

Apprécier le degré de mise en œuvre du PACQ	-ISS (entrevue semi-structurée) -Analyse documentaire -Observation participante	Professionnel de la santé Gestionnaires Direction Hôpital/Établissement de santé Représentants MSPP Comité de pilotage national Comité départemental Comité de mentorat Rapports / Documents	Atlas ti C-map Tools Tableaux/Matrices Rapport Dépouillement Grille de synthèse et d'analyse
Analyser les déterminants de la mise en œuvre	-ISS (entrevue semi-structurée) -Analyse documentaire -Observation	Professionnel de santé Gestionnaires Représentants MSPP Comité de pilotage Bailleurs Responsables d'ONG Rapports de réunions Rapport d'activités Documents/Rapports	Atlas ti C-map Tools Grille de synthèse et d'analyse Méthode comparaison constante Analyse thématique Élaboration explication

## Aspect éthique et positionnement du chercheur

La confidentialité des participants a été respectée et leur consentement éclairé, obtenu. La participation à l'étude a été volontaire. Le certificat d'éthique de l'université de Montréal a été obtenu au début de l'étude et le protocole de recherche, présenté au comité national d'éthique (en Haïti). Un formulaire de

consentement éclairé a été élaboré pour les professionnels de la santé, les partenaires et les gestionnaires (voir formulaire de consentement éclairé à l'annexe 6). Dans le cas où les participants à l'étude ont refusé l'enregistrement, l'étudiant-chercheur a pris des notes et les a transcrites pour l'analyse.

Puisque l'étudiant-chercheur a déjà travaillé dans le cadre du PACQ, des stratégies de collecte de données et d'analyse en collaboration avec d'autres chercheurs et assistants de recherche ou en équipe de deux chercheurs ou plus ont été prônées (l'étudiant au doctorat et au moins un assistant). Deux anciennes étudiantes du cours post-gradué en management et gestion des services de santé à l'université d'État d'Haïti ont aussi aidé dans la phase d'identification des sites de la recherche et l'élaboration du modèle logique du programme HEALTHQUAL et pour réaliser des entrevues avec les acteurs du niveau national.

### **Réalisation de la recherche/Échéancier (voir annexe 7)**

La recherche s'est déroulée de novembre 2012 à janvier 2020, soit une période huit (8) ans. Cet horizon temporel a permis d'avoir du temps pour bien suivre l'évolution du programme HEALTHQUAL et sa mise en œuvre dans le temps. Cette période a laissé assez de temps pour une immersion dans le contexte à l'étude et l'étudier en profondeur.

Pour la réalisation de cette recherche, on a eu le support technique de l'Université de Montréal, plus précisément le professeur Lambert Farand, la professeure Marie-Pascale Pomey et le professeur François Champagne.

Les résultats de la recherche ont été présentés aux acteurs du terrain et dans les sites où les données ont été collectées afin de restituer les résultats et aussi valider les données suite aux feedbacks des acteurs de terrain et des leaders du programme HEALTHQUAL-Haïti.

Des articles seront également écrits et soumis à des revues scientifiques pour publication dans le but de faire avancer la recherche académique dans le domaine. Les résultats seront aussi présentés dans des congrès tant au niveau national qu'international.

## **RÉSULTATS**

### **Article 1. Developing a Logic Model for a Continuous Quality Improvement Program, HEALTHQUAL-Haïti**

Authors :

Joseph Adrien Emmanuel Demes,<sup>a</sup> Lambert Farand,<sup>b</sup> Marie-Pascale Pomey,<sup>c</sup> François Champagne,<sup>d</sup>

Bridgit Adamou<sup>e</sup>

---

a Corresponding author: Joseph Adrien Emmanuel Demes is a professor at the School of Medicine and Pharmacy (UEH, Haïti), and Ph.D. candidate at University of Montreal, Canada, School of Public Health.

b Lambert Farand is a professor and researcher at the School of Public Health, University of Montreal.

c Marie-Pascale Pomey is a professor and researcher at the School of Public Health, University of Montreal.

d Francois Champagne is a professor and researcher at the School of Public Health, University of Montreal.

e Bridgit Adamou is a technical advisor at the University of North Carolina, Chapel Hill.

## **Highlights**

- The logic model explains the links between inputs, components, activities, processes, and outcomes of the HEALTHQUAL-Haïti program.
- The process of developing the model can be participatory, combining several methods and approaches.
- Creating a logic model is a fundamental step for conducting a systematic and rigorous evaluation of the quality improvement initiatives in Haiti.
- This article aims to contribute to the advancement of knowledge on methods of modeling interventions and modeling processes.
- Qualitative data analysis software, like Atlas.ti, can be used to analyze the data collected in the logic model development process.

## **Abstract**

*Background:* A national continuous quality improvement program, HEALTHQUAL-Haïti, is being implemented in more than 100 health facilities. We documented the process for developing a logic model for the HEALTHQUAL-Haïti program.

*Methods:* We conducted a literature review, interviews, observations, consultations, and a validation meeting, as well as a qualitative analysis of all data. This allows us to synthesize evidence from the different concepts, mechanisms, and relationships among resources, activities, processes, and results of the HEALTHQUAL-Haïti program. We used a research journal as well to write memos, feelings, emotions, insights, and keep track of our understanding of the links between the different elements of the model.

*Results:* The evolution of the logic model followed an iterative process based on analysis of the data collected and feedback received. A preliminary model was developed following data collection during the National HEALTHQUAL Conference, observation of the training of coaches, discussions with a group of implementers, experts' consultation, and review of the literature on continuous improvement of quality programs. The final version incorporated input and was informed by research team feedback and an analysis of all data collected and analyzed with Atlas.ti software.

*Conclusion:* Use of the logic model should be encouraged for more systematic assessments of quality improvement initiatives.

## **Abbreviations**

CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prevention
CMMB	Catholic Medical Mission Board
CQI	continuous quality improvement
CQIP	continuous quality improvement program
MOH	ministry of health
MSPP	ministère de la Santé publique et de la population (Ministry of Health)
NGO	nongovernmental organization
NY	New York
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
PLHIV	people living with HIV
UEH	Université d'État d'Haïti (University of Haïti)
UNC-CH	University of North Carolina–Chapel Hill

Key Words: Logic model, Methodology, Continuous quality improvement program, Program evaluation, Theory-driven evaluation, Program theory



## **Introduction**

The Ministry of Health (MOH) of Haïti, in coordination with the U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) and the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), implemented a continuous quality improvement program in Haïti. The conception and planning phase began in 2007 as the HIVQUAL-Haïti project. The HIVQUAL model was based on standards and methods developed by the New York Department of Health (NY AIDS Institute) in 1992 and has been adapted for use in developing countries such as Haïti.

In 2012, the MOH in Haïti changed the name of the model to HEALTHQUAL-Haïti. The name change reflected the desire to have a more integrated and comprehensive approach to quality improvement in Haïti, focusing not only on HIV but on a broad range of services.

The HEALTHQUAL-Haïti program has three components: quality improvement activities, performance measurement, and quality infrastructure. The main goals of this program are to improve the health of the population, to improve the patient experience with the care system (quality, access, and security) and to control the cost of care. The method is implemented through coaching, peer learning, and patient participation.

Our research project aimed to better understand the factors that influence the implementation of continuous quality improvement initiatives in Haïti. It focused on the three specific objectives: to develop the logic model of the Continuous Quality Improvement Program (CQIP) in Haïti, to assess the degree of implementation of the CQIP, and to analyze the determinants of its implementation. This article presents the first stage of this work regarding the development process of the HEALTHQUAL-Haïti program's logic model. Modeling the intervention is of the utmost importance because it helps to define the intervention and make sense of it. Therefore, the creation of a logic model for the program is a fundamental step for a systematic and rigorous assessment of the quality improvement initiatives in Haïti.

This article aims to contribute to the advancement of knowledge on methods for modeling interventions and modeling processes. The importance of a logic model is presented, along with modeling approaches described in the scientific literature and the methodology used to develop the logic model of the HEALTHQUAL-Haïti program. The concepts of the model and the causal links between the elements of HEALTHQUAL-Haïti are then explained, as well as the inputs,

activities, and how the intervention can achieve the desired results (i.e., the mechanisms to move from activities to results) (see Appendix A).

### **Importance of Modeling**

Modeling is important for logical analysis. It helps determine the readability of the program for evaluation. It also facilitates analysis of the degree to which a program is being implemented, how well it is being implemented, and the interactions and influences among the environment, the intervention, and its effects.

Several terms are often used synonymously with logic models, including the theory of change, the model of change, the causal chains, the roadmap, the conceptual map, the program theory, the assumption of the program, and weight of evidence model. What these terms have in common is that they help explain how the intervention works and how the program is intended to produce its effects (Morestin & Castonguay, 2013; Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2009). It shows the program theory specifying the causal network between inputs, activities, processes, and outcomes (Chen, 2005). Inputs are the resources mobilized as part of the intervention. The components and strategies of the intervention are the major categories. The activities are the main operational achievements and tasks performed routinely by employees and teams. Processes are the mechanisms for moving from activities to outcomes. Short-term results are the immediate changes that result directly from activities. The medium-term results represent milestones, intermediate effects of the program, while the long-term results represent the ultimate goals of the intervention. For example, the long-term change in this logic model pertains to changes in health status, reduction in mortality rates, and control of costs.

The logic model, by specifying the program theory, is a critical resource when developing an evaluation plan. Because it depicts the program implementation process, it helps with identifying unexpected effects, and it specifies the key components of the intervention. It is instrumental in facilitating a formative evaluation process.

"Modeling is an essential step to ask the right questions, to attribute effects to specific mechanisms and to help in decision making" (Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2009). Modeling itself is a communication tool. It makes explicit the logic of

the actors, the direction of the program, and the underlying assumptions of the program (Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2009). The logic model does not attempt to define all the causes of a problem or all the possible effects of an intervention on health. It outlines hypothetically the expected effects, taking into account assumptions and logical consistency of the relationships between model elements (Weiss, 1998; Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2009). It provides information about the components that are necessary to examine the reliability of a program (the congruence between what was planned and what is being implemented), which ultimately relates to program effectiveness (Friedman, 1997). Finally, building a visual model of how the program works forces program implementers to explain how the necessary resources will be mobilized and how the planned activities will contribute to the achievement of results. By identifying the essential components of a program, the logic model becomes a useful tool when determining which aspects of a program can be replicated (Pumariega, 1996). This is essential when planning for programmatic scale-up. Although this approach can be time-consuming, collaborative planning, when done in an inclusive manner, reduces potential misunderstandings, improves the selection and prioritization of effective activities, and promotes ownership of subsequent evaluations (Page, Parker, & Renger, 2009).

### **Modeling Approaches in the Literature**

There are several approaches to modeling, which can be presented as text, pictures, or diagrams (Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2009). Each approach has its advantages and disadvantages or limits (see table 1).

**Table 1. Logic model elaboration approaches described in the literature**

<b>Approaches</b>	<b>Advantages</b>	<b>Disadvantages/Limits</b>
Active Reactive Adaptive (ARA) (Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2009)	Evaluator can adjust the proposed model based on feedback, because it is a participatory process.	The evaluator's solitary development of the first draft of the logic model can be a handicap to the participatory process.
"Backwards" or "Reverse" logic (Millar, Simeone, & Carnevale, 2001; Chen, 2005)	Begins with the ultimate effect and moves backward to midterm and then to immediate effects. This allows one to think outside of the inner circle or the confines imposed by the project to change the status quo.	In a mid-term evaluation, may not need to dwell as much on the long-term effects as on the short-term or intermediate effects.

<b>Approaches</b>	<b>Advantages</b>	<b>Disadvantages/Limits</b>
"Forward" or "If ... Then" Logic  (CDC, 2005; Hatry, Liner, & Rossman, 1994; Porteous, Sheldrick, & Stewart, 2002)	Establishes the most distal links connecting activities to results. Moves from inputs to activities and from activities to results.	Approach can induce tunnel vision that begins with the inputs, then the activities to achieve results. This promotes maintenance of the status quo.
Concept Maps  (Hernandez & Hodges, 2001; Yampolskaya, Nesman, Hernandez, & Koch, 2004)	Allows articulation of the theory of change by building mental schemes or cognitive maps of the managers, players, and staff of a program.	These mental schemes are not always crucial to explain organizational outcomes.
Semi-Structured Interview Protocols  (Gugiu & Rodri'guez-Campos, 2007)	Provides a series of questions the evaluator can ask key informants to systematically collect data to inform the logic model.	Approach can prevent the evaluator from thinking outside the box.
Antecedent Target Measurement (ATM)  (Renger & Titcomb, 2002)	Identifies all the antecedent conditions of a problem by collecting information on the rationale of a problem.	Avoids identifying resources, presuming that it is the donors' responsibility to ensure that the necessary resources are mobilized to implement the program.
Open System  (Julian, Jones, & Deyo, 1995; Julian, 1997)	Focuses on establishing a collaboration or partnership between the evaluator and program staff to achieve strategic goals and measure the effects of the program. This approach is based on the hierarchical method according to the expected level of change.	One program alone cannot usually explain the high-level or long-term change observed. Hence, it is important to incorporate this model into a broader policy framework or a comprehensive or holistic strategy for solving community problems.

## **Methods and Materials**

### **Approach to Logic Model Development**

#### **Data Sources**

To understand the basic theory of the program, we collected data from multiple sources (Appendix B). We participated in the National Workshop on Quality Improvement, held in Port-Au-Prince in November 2012. We also observed training sessions organized for HEALTHQUAL-Haïti program coaches by a nongovernmental organization (NGO) network in February 2013 and held discussions with a group of implementers from the PEPFAR Network to finalize the preliminary version of the logic model. All of these events were audio recorded (see Appendices B and D.)

We compiled research, knowledge, lessons learned, theories applicable to the program, and resources available.

We built the logic model using several types of documents and sources (Appendix D). PowerPoint presentations and audio recordings were obtained from the quality improvement workshop in 2012 by a member of the HEALTHQUAL core team. HEALTHQUAL trainers provided all training materials and audio recordings from the 2013 Catholic Medical Mission Board (CMMB) network training sessions. We consulted documents from the HEALTHQUAL International website, as well as the National Quality Center website and other sites containing training materials on the HEALTHQUAL project.

We obtained informed consent from all interview respondents. The research was approved by the Haïti National Bioethics Committee.

## **Data Analysis**

We used CmapTools (Knowledge Modelling Kit) (5.05.01 version) software on a MacBook computer to develop the logic model diagram. We also defined key terms in the logic model for coding purposes. (See Appendices A and E.)

Our analysis approach was both exploratory and confirmatory. All collected data were analyzed using Atlas.ti qualitative data analysis software to determine which supported the model and which refuted it. This included using the audio coding feature of Atlas.ti (Version 7) to analyze some audio data directly, such as the national quality conference and the training sessions. The individual interviews were transcribed.

During this verification phase, we took a more deductive approach to testing all elements of the logic model. The nodes and links of the logic model were used as predetermined codes and each was assigned a number. (See Appendices E and F.) The links (causal hypotheses) coded for analysis represented the process of moving from activities to results. We also included emergent codes reflecting new elements that were not included in the logic model. In total, 225 codes (130 predetermined codes and 95 emergent codes) were used to code and categorize all data. (See Appendices E and F.)

## **Results**

The logic model was designed to describe the inputs, activities, processes, and outcomes of the HEALTHQUAL-Haïti program as well as to show the links among them. Table 3 shows the initial version of the key elements or concepts of the logic model in table format, and Figures 1–6 illustrate the links among these different elements to show the iterative and participatory construction of the logic model. Table 2 shows the different versions of the logic model and the related data sources.

**Table 2. Evolution of the logic model and data sources**

<b>Versions</b>	<b>Data Sources</b>
1: March 19, 2013	Document analysis Audio record analysis (HEALTHQUAL National Conference/HEALTHQUAL coaches training) Discussion with a group of implementers Experts' consultation Literature review
2: March 30, 2013	Document analysis Audio record analysis (HEALTHQUAL National Conference/HEALTHQUAL coaches training) Experts' consultation Presentation of the preliminary model to the stakeholders Feedback from stakeholders/actors
3: May 27, 2013	Document analysis Audio record analysis (HEALTHQUAL National Conference/HEALTHQUAL coaches training) Experts' consultation Presentation of the preliminary model to the stakeholders Feedback from stakeholders/actors
4: July 24, 2013	Document analysis Semi-structured interviews with stakeholders
5: August 1, 2013	Document analysis Semi-structured interviews with stakeholders
6: January 12, 2016	Analysis of the whole data collected with Atlas.ti software Experts' consultation

The preliminary model, Version 1, was developed following the data collected during the national HEALTHQUAL workshop, the training of coaches of an NGO network, discussion with a group of implementers during an exchange of experience meeting, a experts' consultation, and a literature review of the continuous quality improvement program approaches and philosophy.

This model was presented to HEALTHQUAL stakeholders in March 2013. The model was modified following the group discussions and feedback received (Version 2 and Version 3).

Versions 4 and 5 were mainly influenced by semi-structured interviews with members of the national committee of HEALTHQUAL and HEALTHQUAL-Haïti coaches, and by document analysis. Lastly, Version 6 was a result of the qualitative data analysis and experts' advice. Version 6 (Figure 6) was modified several times before reaching its current form on January 12, 2016. Three key concepts were added: patient-centered care, patient self-management, and security. These concepts are at the heart of the HEALTHQUAL approach and include elements of the "chronic care model." They are considered short-term outcomes in the logic model. Self-management and patient-centered care are related to the concept of "quality" and "improved care and services." The new concept of "security" is linked to the "problem prevention" concept and "improved care and services."

In the last version, a causal link was added between "competencies development" and "leadership" and between "process analysis" and "performance improvement." Some arrows that did not imply causality were eliminated. The mutual influence was indicated between "leadership" and "quality culture," "improved care and services" and "efficiency," and "efficiency" and "results." A bidirectional causal link was inserted between "change by small steps" and "decrease resistance to change," as change by small steps helps to reduce resistance to change and decreasing resistance to change facilitates the gradual change.

Other bidirectional causal relations were added between "improving system process" and "self-management," "improving system process" and "preventing problems," and "improving system process" and "eliminating waste." The theory is that patient self-management, problem prevention, and elimination of waste improve the system and processes. In turn, improving systems and processes facilitates patient self-management, problem prevention, and elimination of waste.

**Table 3. Logic model: First version in table format**

<b>Inputs</b>	<b>Components/ Strategies</b>	<b>Activities</b>	<b>Process</b>	<b>Short-Term Results</b>	<b>Mid-Term Results</b>	<b>Long-Term Results</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Quality infrastructure</li> <li>-Quality committee</li> <li>-Projects committee</li> <li>-Departmental quality committee</li> <li>-Coaching team</li> <li>-National quality committee</li> <li>-EMR (i-Santé)</li> <li>-Computers</li> <li>-Servers</li> <li>-Electricity</li> <li>-NY AIDS Institute</li> <li>-HRSA</li> <li>-Organizations</li> <li>-Partners</li> <li>-Budget/ Resources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coaching/Mentoring</li> <li>-Peer learning</li> <li>-Clinical health information system</li> <li>-Patients' needs</li> <li>-Performance improvement</li> <li>-Patients' involvement</li> <li>-Teamwork</li> <li>-Partnership</li> <li>-Staff involvement</li> <li>-Quality management plan</li> <li>-Quality improvement projects</li> <li>-Process improvement</li> <li>-Management by facts</li> <li>-Leadership involvement</li> <li>-Evaluation</li> <li>-Incentives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Strategic planning</li> <li>-Training in continuous quality improvement (CQI)</li> <li>-Coaching/mentoring</li> <li>-SIS</li> <li>-Performance measurement</li> <li>-Process improvement activities based on performance data</li> <li>-Focus on the needs and results most important for the patients</li> <li>-Identification and measurements of the expectations of the patients</li> <li>-Communication and empowerment</li> <li>-Problem-solving activities</li> <li>-Adaptation or adoption of change</li> <li>-System strengthening by process analysis</li> <li>-Supervision/coaching/mentoring</li> <li>-Evaluation</li> <li>-Community of practice</li> <li>-Price of excellence/travel/national and regional conference</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Improvement of competencies</li> <li>-Use of quality improvement tools</li> <li>-Work in multidisciplinary team</li> <li>-Process analysis</li> <li>-Improve working environment/work climate</li> <li>-Employee motivation</li> <li>-Improvement of quality culture</li> <li>-System improvement</li> <li>-Process improvement</li> <li>-Continuous quality improvement</li> <li>-Organizational learning</li> <li>-Link institution and community</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Best quality (in terms of accessibility, integration, continuity, comprehensiveness, relevance, technical quality, interpersonal relations, and physical environment)</li> <li>-Improve organizational learning</li> <li>-Employee satisfaction</li> <li>-Improve patient experience</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Results improvement</li> <li>-Patient satisfaction improved</li> <li>-Efficacy/effectiveness improved</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reduced mortality</li> <li>-Health status improved</li> <li>-Quality of life improved</li> <li>-Costs reduced</li> </ul>



Figure 1. Logic model HEALTHQUAL-Haiti version 1 (March 19, 2013)

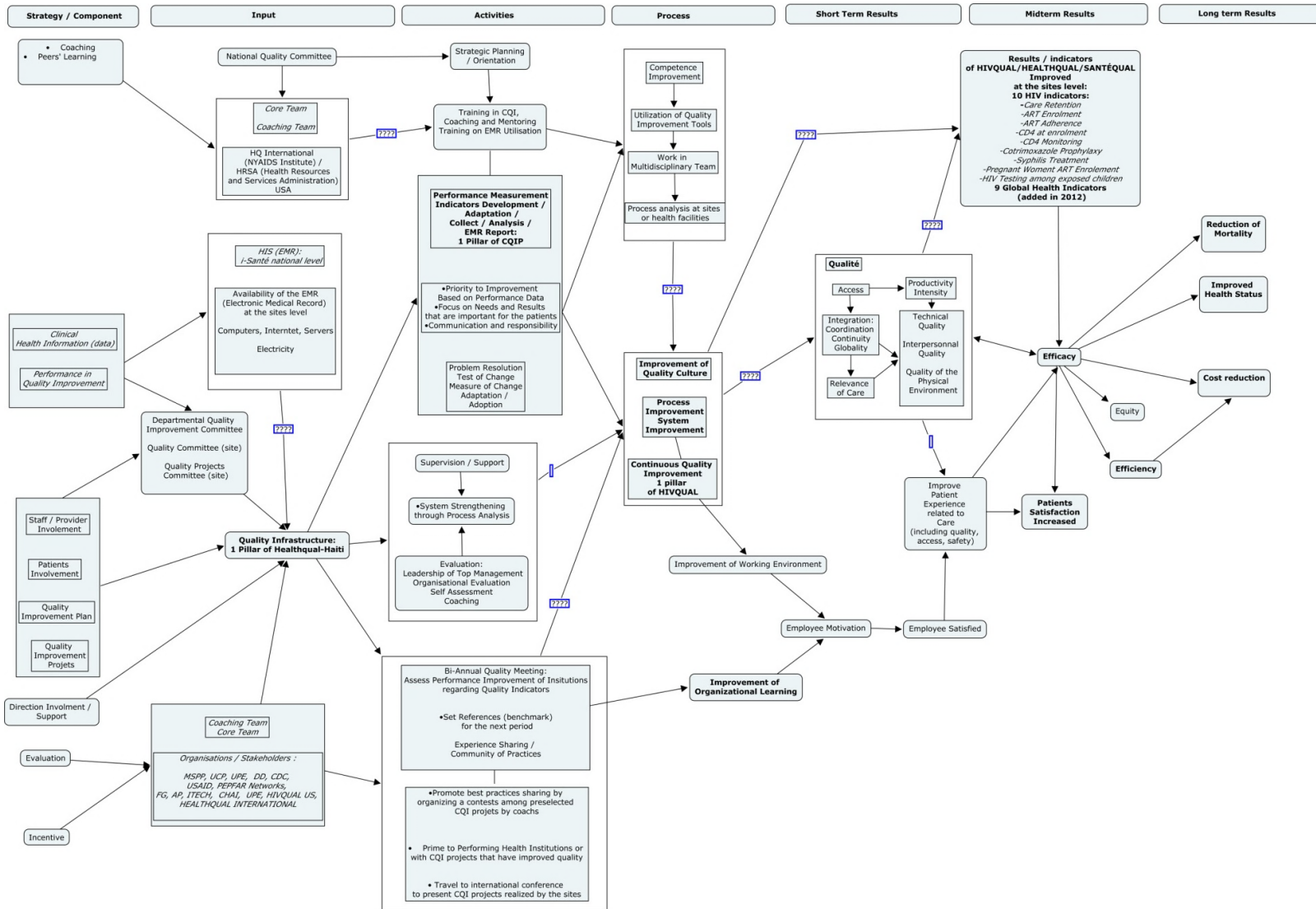


Figure 2. Logic model HEALTHQUAL-Haïti version 2 (March 30, 2013)

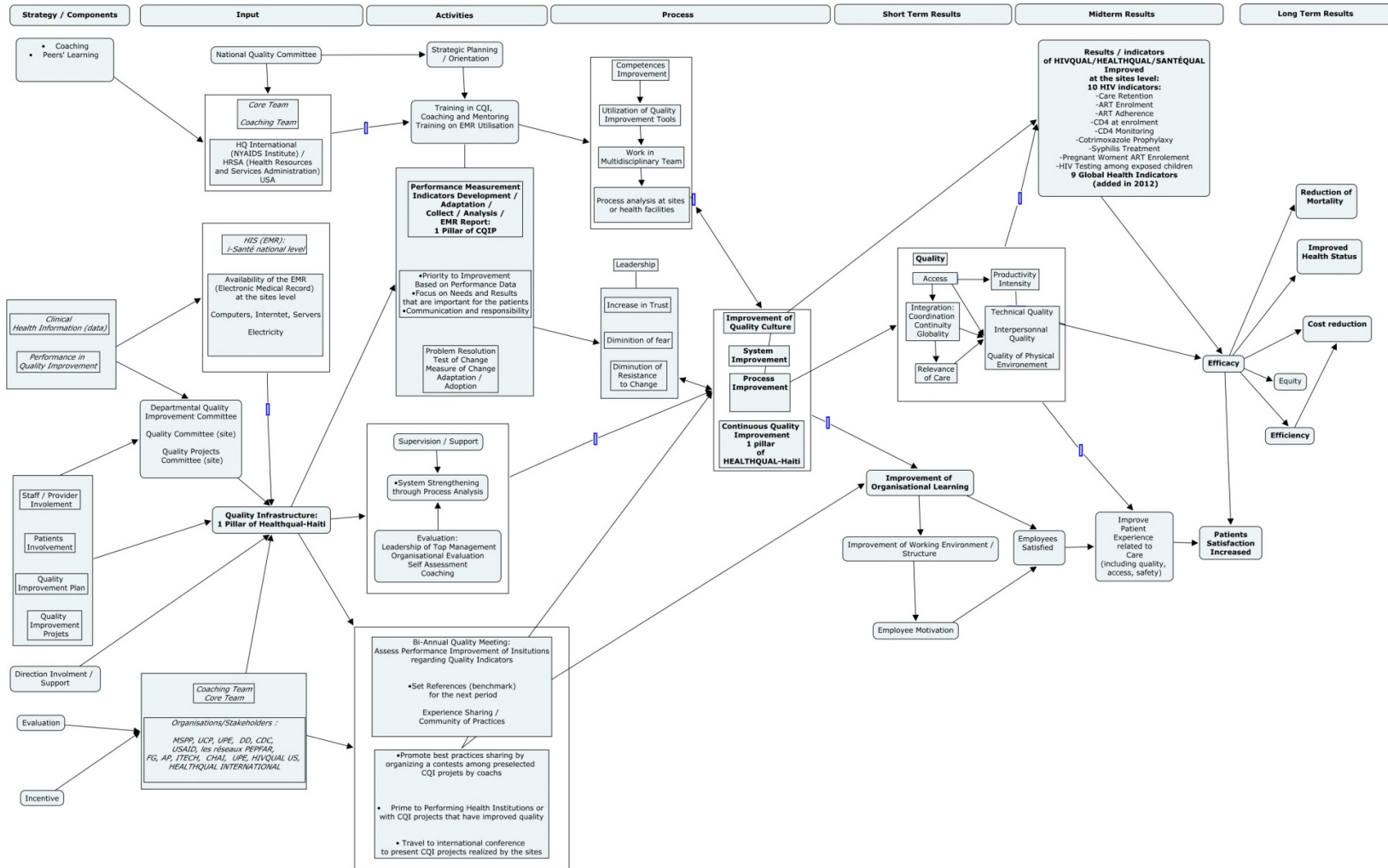


Figure 3. Logic model HEALTHQUAL-Haïti version 3 (May 27, 2013)

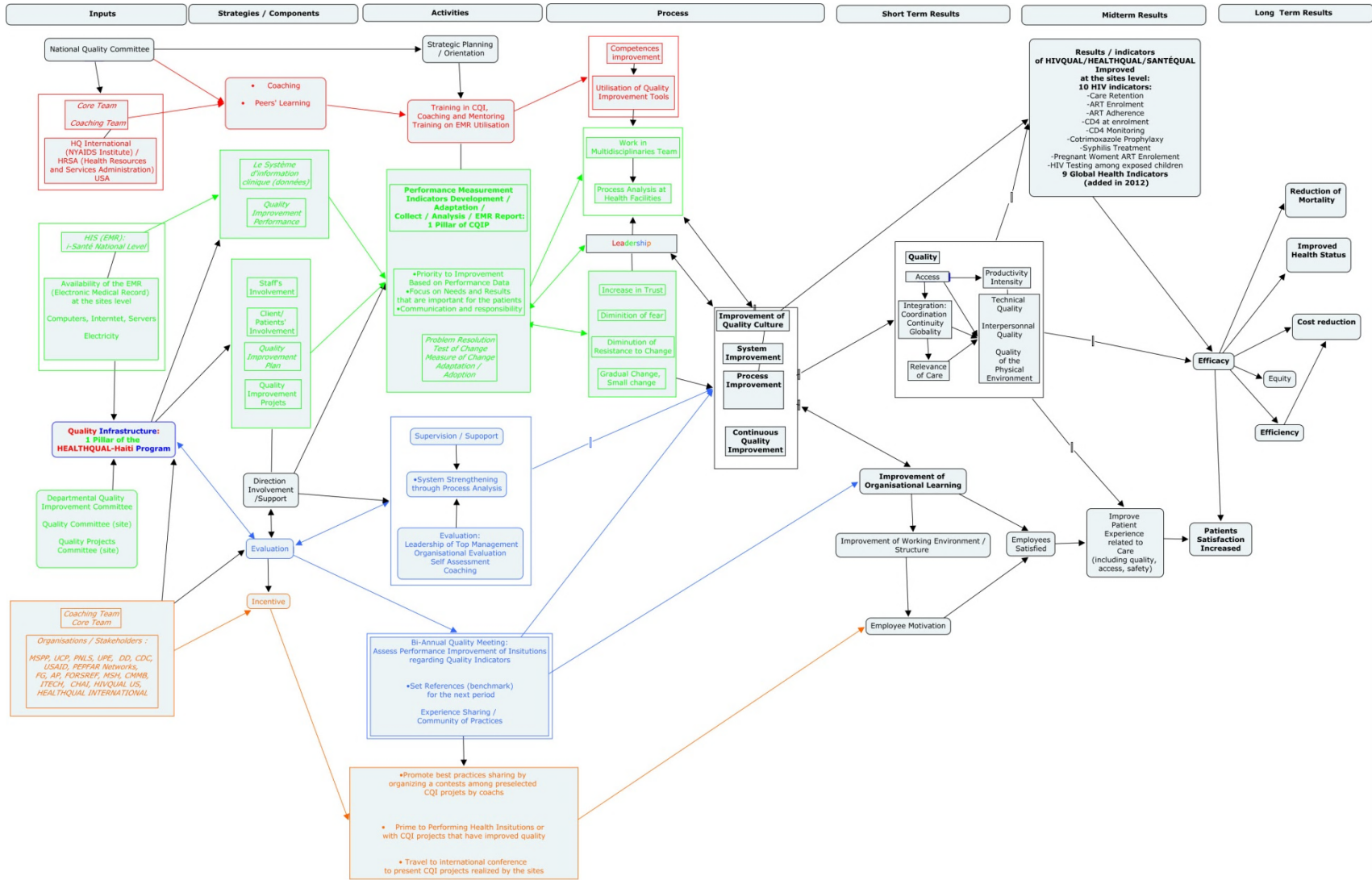


Figure 4. Logic model HEALTHQUAL-Haiti version 4 (July 24, 2013)

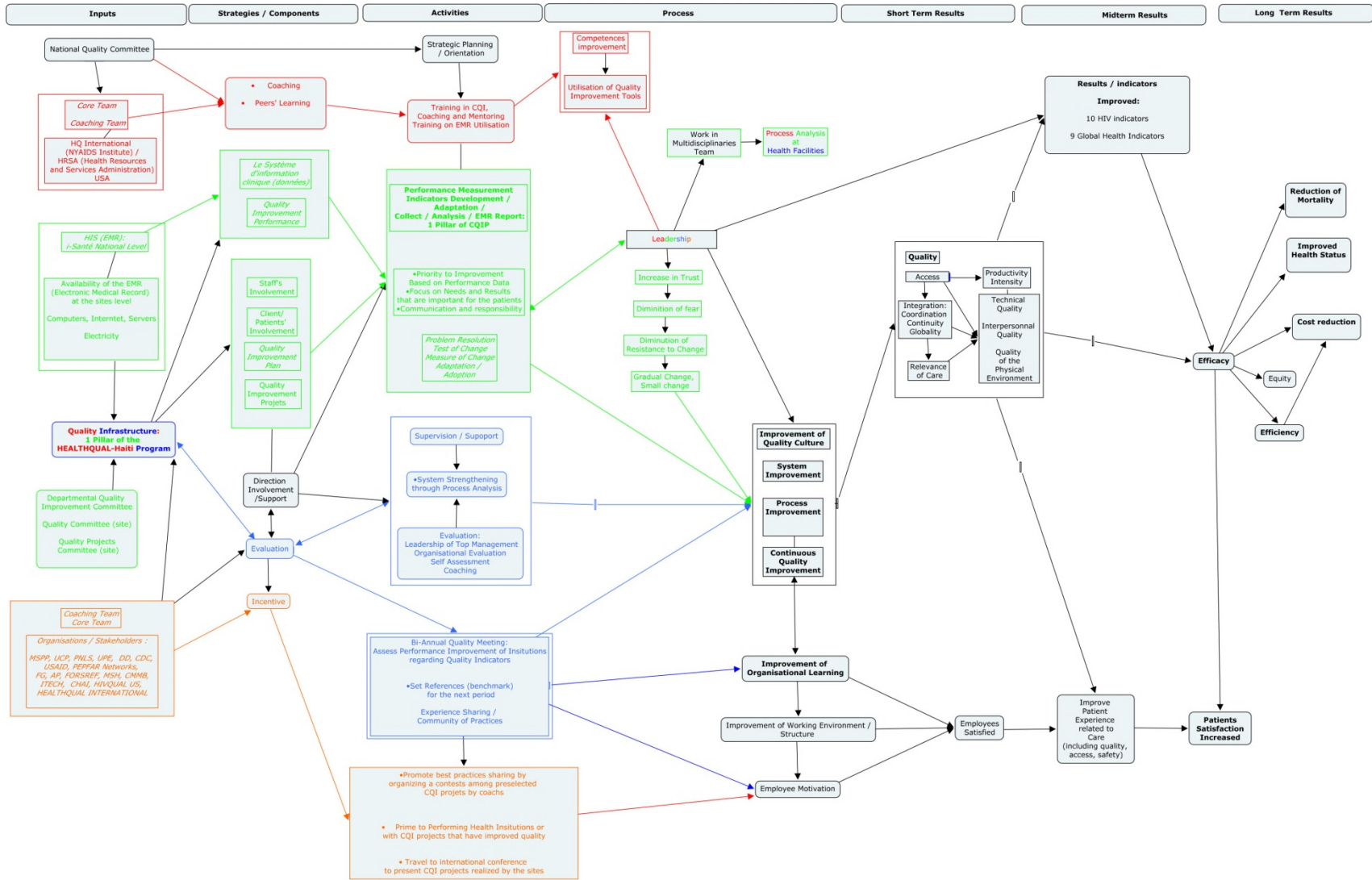




Figure 5. Logic model HEALTHQUAL-Haiti version 5 (August 1, 2013)

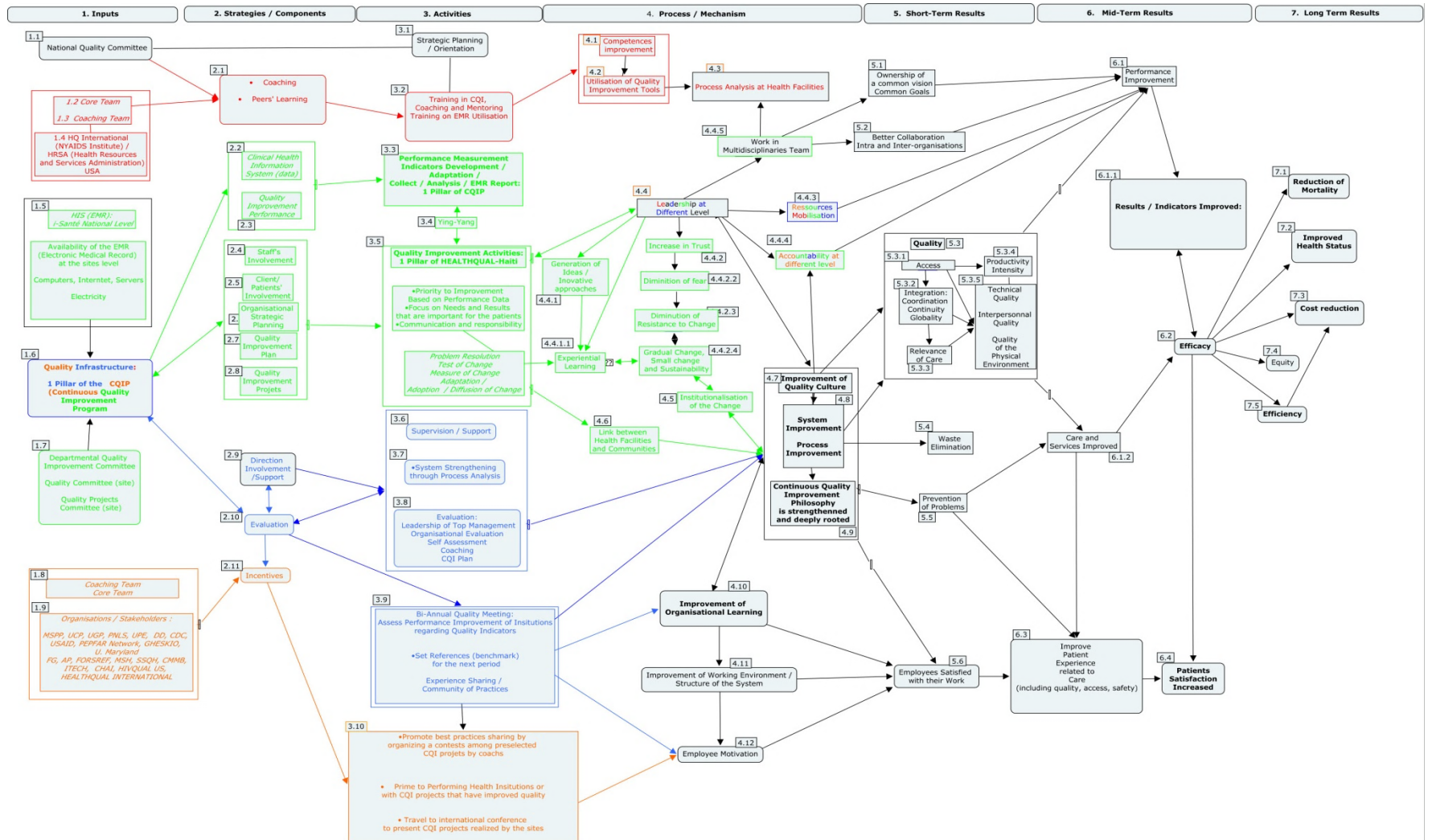
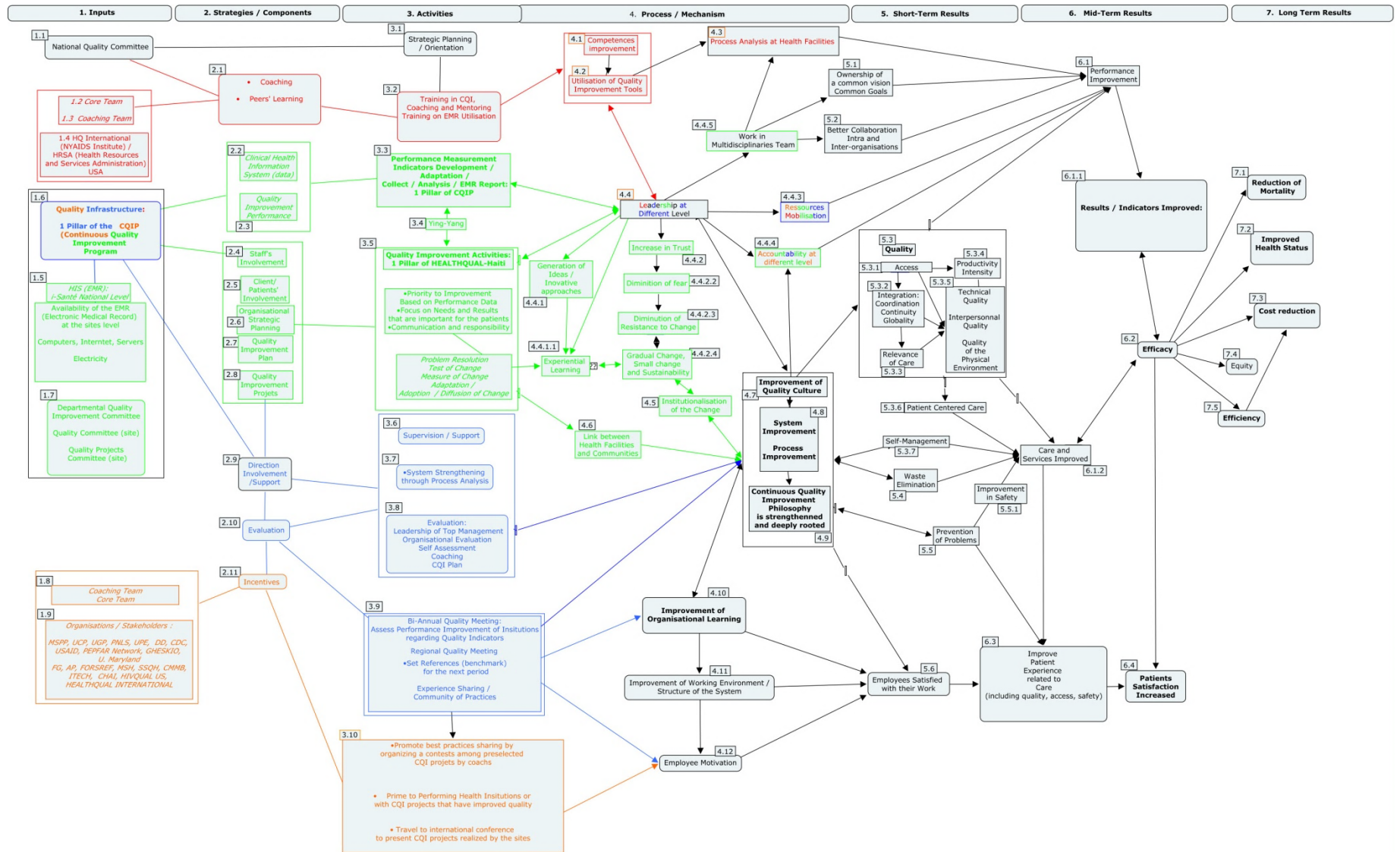


Figure 6. Logic model HEALTHQUAL-Haiti version 6 (January 12, 2016)



## **Discussion and Lessons Learned**

Our results show that the main components of HEALTHQUAL-Haïti strategy are coaching, peer learning, performance in quality improvement, patient involvement, involvement of employees and patients, a quality improvement plan, quality improvement projects, leadership, management, evaluation, and incentives. The main activities are performance measurement, process analysis, problem-solving, adaptation or adoption of change, organizational assessments, self-assessments, communities of practice, sharing of experiences among sites, incentives for project quality. The main mechanisms by which HEALTHQUAL-Haïti led to the expected results were leadership at different levels, trust, multidisciplinary teamwork, a shared vision of the program, the improvement of systems and processes, improving the culture of quality, institutionalization of change, an established link between institutions and the community level, employee satisfaction, patient experience with quality improvement, and organizational learning.

Our approach to developing the logic model combined several inductive and deductive approaches described in the literature: "ARA: Active Adaptive Reactive," the "forward or if ... then" approach, "backward or reverse logic," and semi-structured interviews. While time-consuming, it was innovative in the way we used Atlas.ti software to code and analyze audio data, as well as to validate the model. The research journal was useful in organizing and interpreting the mass of data collected. An advantage of our approach was that it facilitated the process of reaching theoretical saturation, which contributed to our development of a holistic and integrated logic model of the HEALTHQUAL-Haïti program.

Several tools and techniques were useful in our approach. First, in a data analysis context, we found that concept mapping software helped the team organize the key concepts of the logic model coherently and interpret the meaning. In addition, our use of a research journal allowed for systematic reflection on the variety of informal information collected during conversation and feedback from key stakeholders, the key concepts, and the relationships among the key concepts. This reflection, in turn, informed the development of the logic model.

Our process for developing the logic model also helped create order during what is inherently messy and iterative. For example, different visions and concepts were at play during a meeting with an NGO network to discuss the first draft. Throughout the process, we moved in a step-by-

step process from an incoherent model with unrelated concepts to a coherent and plausible model.

We also found that validation of the logic model was not a one-time event, but rather was a continuous process requiring the evaluator(s) to identify opportunities to share models with key stakeholders and obtain their feedback. For example, feedback from the NY AIDS Institute staff played a key role in the validation of the logic model, as did feedback from a larger group following a presentation to the National Conference on Quality.

Nonetheless, a limitation of this research is that we could not validate the model with a larger array of people. For example, only 10 participants representing key HEALTHQUAL-Haïti stakeholders were present at the presentation and validation meeting of the logic model. We compensated for this by cross-checking the model with different data sources and methodologies.

## **Conclusions**

The logic model we developed presents the theory behind the HEALTHQUAL-Haïti program and the relationships among the inputs, components, activities, processes, and outcomes. Development of this model is a fundamental step in evaluating this HEALTHQUAL-Haïti quality improvement program, facilitating observation of discrepancies between what was planned and what has actually been implemented.

Logic models can become very complex, and a simple linear causal relationship is not enough to analyze the complexity of the program. There are networks of relationships—concepts interrelated to one another at different levels that influence each other. This observation leads to other key questions: How do you create a model for a complex adaptive system? How do you take into account open systems? And how do you create a framework for equifinality?



## **Competing Interest**

The authors declare that they have no competing interests.

## **Authors' Contributions**

The corresponding author, Joseph Adrien Emmanuel Demes, wrote the first draft of the paper. All other authors revised the article.

## **Acknowledgments**

Special thanks to Professor Lambert Farand (University of Montreal, Canada) for his patience, dedication, and step-by-step technical advice during the whole process of data collection and analysis and the writing of the paper. We would like to acknowledge Professor Marie Pascale-Pomey and Professor Francois Champagne (University of Montreal, Canada) for their advice. We would like to express our sincere gratitude to Bridgit Adamou for reviewing the manuscript. Many thanks to my colleagues in the United States and Haïti who encouraged me during this process: Dr. Bruce Agins (USA), Dr. Margareth Jasmin (USA), Nancy Puttkamer (USA), Nicasky Celestin (Haïti), Dr. Nika Nola Lamothe (Haïti), Dr. Gabriel Balan (Haïti), Roody Thermidor (Haïti), Dr. Gerard Cassamajor (Haïti), Stephanie Louis (Haïti), and Dr. Vanessa Pierre (Haïti).

## **Funding**

This publication was produced with the support of the United States Agency for International Development (USAID) under the terms of MEASURE Evaluation cooperative agreement AID-AA-L-14-00004. MEASURE Evaluation is implemented by the Carolina Population Center, the University of North Carolina at Chapel Hill, in partnership with ICF International; John Snow, Inc.; Management Sciences for Health; Palladium; and Tulane University. Views expressed are not necessarily those of USAID or the United States government. We would like to thank the external cooperation of the University of Montreal for the financial support provided as well during the data collection.

## **Curriculum Vitae of the Authors**

### 1. Corresponding author, Joseph Adrien Emmanuel Demes

Dr. Demes is a medical doctor and professor at the School of Medicine and Pharmacy. He teaches the following classes: Evaluation of Intervention, Public Policy Analysis (postgraduate), Epidemiology, and Quality Management (pre-service). Dr. Demes got his Master in Public Health degree at the Prince Leopold Institute of Tropical Medicine. He is also a Ph.D. candidate at University of Montreal, Canada, School of Public Health. He has more than 15 years of work experience (Africa, Haïti). His research focuses on continuous quality improvement initiatives. He is interested in elaborating logic models for rigorous evaluation, implementation science, and public policy analysis.

### 2. Professor Lambert Farand

After completing an MD degree at Université de Montreal and a Ph.D. in educational psychology at McGill University, Professor Farand developed his academic career at the Department of Health Administration, School of Public Health, University of Montreal. His research interests pertain to the performance of health organizations, medical decision-making, health information systems, emergency services, mental health services, and the organization of primary healthcare in developing countries. His teaching interests pertain to operations management, quality management, and the evaluation of health services.

### 3. Professor Francois Champagne

Dr. François Champagne is full professor of health care management, health policy, and health care evaluation in the Department of Health Administration, School of Public Health, University of Montreal, Canada. His current research interests are in the area of strategic management, interorganizational networks, integrated delivery systems, organizational performance, and the use of evidence in management. Since 1976, he has repeatedly acted as a researcher and consultant to health care organizations and governments in Canada, France, Africa, Brazil, Haiti, Turkey, and China.

### 4. Professor Marie-Pascale Pomey

Professor Pomey has an MD (Université Paris VI-Pierre et Marie Curie, France) and a Ph.D. in public health (Paris V-Descartes University and University of Montreal). She is a full professor at the School of Public Health, University of Montreal, Canada. She is the director of the Master in Health Service Management, option Quality Management / Security (QUÉOPS-i: qualité-évaluation-organisation-performance-sécurité en Santé). She is also a researcher at the "Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal" (IRSPUM) and advisor for the "Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux" (INESSS) (Quebec Government).

### 5. Bridgit Adamou

Ms. Adamou is a Research Associate and Family Planning Technical Advisor at the USAID-funded MEASURE Evaluation project at the University of North Carolina at Chapel Hill. Her main expertise is in managing, monitoring, and evaluating international family planning programs, particularly in sub-Saharan Africa. She is the main author of the online Family Planning and Reproductive Health Indicators Database. Ms. Adamou is also interested in monitoring and evaluation of scale-up and is the primary author of the *Guide for Monitoring Scale-up of Health Practices and Interventions*. She holds a BS degree from the University of Wisconsin-Madison and an MPH from Boston University.

## Appendices

### **Appendix A. Logic Model: Definition of Key Terms**

**Inputs:** The resources invested in the program, which are crucial for the implementation of activities.

**Activities:** The events, tasks, and actions carried out by a program and staff in order to achieve results.

**Outputs:** The tangible products of program activities. They are often measured in quantitative terms (e.g., the number of persons trained, the number of coaching sessions realized).

**Results:** Changes arising from the activities and outputs and often expressing the results in the short-, medium-, and long-term. Please note that results may vary depending on the program, expectations, and temporality. A long-term outcome in one case can become a medium-term result in another case.

**Short-term results:** The immediate effects of the activities of the program or intervention. For example, in a behavior change program, short-term results can focus on the knowledge and attitudes of target groups.

**Medium-term results:** Results that concern intermediate effects and focus on behavior change, normative aspects, changing practices, and policies.

**Long-term results:** Expected results that can take several years to complete.

**Impact:** The ultimate outcomes. The impacts are manifested at the population level in some cases (e.g., the reduction in mortality due to cardiovascular disease in a given population).

**Mechanisms:** Beliefs or explanations about the program or intervention and the resources mobilized. The mechanisms are the ways the activities are linked to the outcomes.

**Assumptions:** These include how the program was run and the theory used to develop the program or intervention. They are based on research, best practices, experience, and common sense. Decisions made to implement a program are generally based on presuppositions: for example, the adoption of certain measures leads to behavior change. In developing a logic model, it is prudent to explore and discuss the assumptions that have been omitted. Often this process includes in-depth discussions as a narrative to accompany the logic model. Presuppositions that are not evidence-based, are unfounded or exaggerated, or that simply do not make sense may explain why the program or intervention will not achieve the expected level of success.

**Contextual factors:** Factors related to the environment in which the program exists and external factors that interact with the program or intervention. They can influence the implementation, participation, and achievement of results and are the conditions over which the program has little control, and which affect the success of the program. Examples of contextual factors include social norms and conditions that can either facilitate or hinder the achievement of results in a

population, the characteristics, and experiences of the participants, or the potential barriers that may affect project success.

**Synonyms for “logic model”:** The theory of change, the model of change, the causal chains, the roadmap, the conceptual map, the program theory, assumptions of the program, and model weight of evidence.

## **Appendix B. Data Collection: Logic Model**

We participated in the national HEALTHQUAL-Haïti workshop training sessions organized for the HEALTHQUAL program coaches and attended a panel discussion on health information systems (HIS) to improve quality. These activities allowed us to collect rich information for the development of the logic model.

### National HEALTHQUAL-Haïti Workshop

The main topics discussed at the National HEALTHQUAL-Haïti Workshop on November 26, 2012 included: presentation of the HEALTHQUAL methodology; analysis of year 2012 performance and prospects for 2013; the national HEALTHQUAL report presenting the state of affairs at HEALTHQUAL program implementing sites; quality competition between sites for the best oral and poster presentations; the criteria and procedures for awarding prizes to the highest quality projects (oral presentation and also the highest quality posters); posters on quality improvement at the field project sites; presentations of the various quality improvement projects (vital signs ART enrollment; immunological CD4 monitoring; waiting times for hospital services; prevention of mother-to-child transmission [PMTCT]; quality improvement activities at Zanmi La Sante [Partner in Health] at the central plateau); public votes and jury to determine the best oral presentations and posters; and awards to the best projects and posters. The National Quality Workshop lasted 5 hours and 45 minutes and was recorded to facilitate subsequent analysis.

### Training Sessions for HEALTHQUAL Coaches

Three days of training were organized for coaches of a PEPFAR network supported by an NGO. The content of the training included:

- Overview of HEALTHQUAL Haïti
- HEALTHQUAL Coaching and Mentoring
- Evaluation of the Quality Management Program
- HEALTHQUAL Indicators
- Extraction and Use of the HEALTHQUAL Report
- Quality Management Plan
- Quality Improvement Tools
- The Plan-Do-Study-Act (PDSA) Cycle

We recorded 14 hours of the training that were analyzed for the development of the HEALTHQUAL-Haïti logic model.

## **Appendix C. Semi-Structured Interview Guide**

We used the following guide for the validation meeting discussion and during semi-structured interviews with key stakeholders.

### **Model Validation Meeting**

Based on consultation of the project documents and participant observation, we developed a first draft of the logic model, then organized a meeting with key players of the HEALTHQUAL-Haïti

project to discuss the preliminary model and develop the logic model in a participatory way. This model validation meeting lasted 20 minutes. The following topics were discussed during that meeting:

- What do you think of the logic model HEALTHQUAL-Haïti?
- Is this plausible? Does it make sense? Is it logical?
- What do you think of the causal links between inputs, activities, processes, and outcomes? How does HEALTHQUAL intend to produce results? By what mechanism?
- What processes can be added or removed?

We also received feedback by phone, email, and by informal conversations about the HEALTHQUAL approach.

These same questions were also used during the semi-structured interviews with key stakeholders and members of the national committee for HEALTHQUAL and HEALTHQUAL coaches:

#### **Appendix D. Documents Consulted to Develop the Logic Model**

The following documents were included in the analysis:

1. NQC. (2007). Engaging provider staff and consumers in quality improvement for part A and B grantees. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
2. NQC. (2007). HRSA/HAB quality expectations. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
3. NYAIDS Institute. (2002). Patient satisfaction survey for HIV ambulatory care (PSS-HIV). Retrieved from <https://careacttarget.org/library/patient-satisfaction-survey-hiv-ambulatory-care>
4. NYAIDS Institute. (2008). Making sure HIV patient self-management works. A training workshop for HIV care providers. In *Curriculum Guide for Workshop Facilitators*.
5. Clanon, K. (2007). National TA call: Engaging provider staff and consumers in QI for parts C and D. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
6. Matosky, M., & Matthews, T. (2012). HIV/AIDS Bureau expectations for quality management and future directions. PPT presentations. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>,
7. Yutzy, D. (2007). Quality management 101. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
8. IHI. (2004). The method for improvement. A method to test, implement, and spread change ideas for improving care for people living with HIV and AIDS. Retrieved from <http://www.IHI.org/IHI/Improvement/ImprovementMethods>
9. IHI. (2004). Strategies to hold the gains and spread improvement. Improving care for people living with HIV and AIDS. Retrieved from <http://www.IHI.org/IHI/Improvement/ImprovementMethods>
10. HRSA. (n.d.). Quality management: Technical assistance manual. Retrieved from <http://www.hab.hrsa.gov/tools/QM>
11. HAB. (2004). Technical assistance manual for the quality management for Ryan Care Act title 1 programs: Learning from the Title 1 improving HIV demonstration project. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>

12. The HIVQUAL International Update. (2009). *HIVQUAL Journal*, 2 (1). Retrieved from <http://www.hivqual.org>
13. The HIVQUAL international update. (2010). *HIVQUAL Journal*, 2 (3). Retrieved from [www.hivqual.org](http://www.hivqual.org)
14. The HEALTHQUAL international brief. (2010). *HEALTHQUAL Journal*, 1 (2). Retrieved from <http://www.healthqual.org>
15. The HEALTHQUAL international. (2012). HIVQUAL-Haïti: Building capacity for sustainable quality improvement: Special issue on Haïti. *HEALTHQUAL Journal*. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
16. The HEALTHQUAL International (2011). All country learning network. Conference proceedings, March 14–18, 2011, Windhoek: Namibia. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
17. Aristilde, J. (n.d). Facilitating CD4 monitoring through quality improvement methodology. HAM Gros Morne, Haïti. Poster presentation. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
18. Allen, A.V. (n.d). Improving vital signs monitoring for hospitalized patients using the PDSA method. PIH Haïti. BJM poster presentation. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
19. Casséus, A. (n.d). Adult TMP-SMX prophylaxis for HIV + patients on antiretroviral treatment. PIH Haïti. BJM poster presentation. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
20. Thimote, G. (2012). Impact of HIVQUAL activities in the Haïtian health system. PPT presentation ACLN-Kampala. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
21. Hypolite, R.G. (2012). Using quality improvement intervention to sustain ART enrollement and adherence in HIV + children. Nos Petits Frère et Sœurs, Haïti. PPT presentation at the 2012 International AIDS Conference. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
22. MOH, & Grace Children’s Hospital. (n.d). TB screening with tuberculine test. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
23. Raymonde, D. (2012). Improvement of ART through improvement of quality service experience of “Hopital Universitaire La Paix,” Haïti. PPT presentation ACLN-Kampala. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
24. Sujata, B. (2012). Use of an electronic medical record to implement, monitor and improve HEALTHQUAL clinical care indicator performance, Haïti. *Healthqual Journal*. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
25. Monserrate, J.M. (n.d.). HIVQUAL Haïti performance indicators in national electronic health record. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
26. Excellent, M.L. (n.d.). Enrollement in HAART at Saint Damien/Nos Petits Frères et Sœurs (HSD/NPFS), Haïti. BJM poster presentation. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
27. Angrand, C. (2012). Enhancing acceptance of family planning methods among HIV positive women, Haïti. BJM poster presentation. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
28. Healthqual International. (2013). Performance measurement. Retrieved from <http://www.healthqual.org>
29. <http://healthqual.org/quality-improvement>
30. <http://healthqual.org/quality-management>
31. IHI. (2002). HIV/AIDS Bureau collaboratives. Improving care for people living with HIV/AIDS disease. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>

32. NY AIDS Institute. (2006). HIVQUAL workbook. Guide for quality improvement in HIV care. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
33. NQC. (n.d.). Ideas for change in HIV care. The National Academy. Tutorial 15. PPT presentation. Retrieved from [www.NationalQualityCenter.org](http://www.NationalQualityCenter.org)
34. NQC. (n.d.). Integrating quality into all aspects of an organisation. Tutorial 19. PPT presentation. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
35. NQC. (n.d.). Spreading good ideas for change. The Quality Academy. Tutorial 20. PPT presentation. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
36. Clanon, K., Issaq, H., & Halloran, N. (2007). A guide to addressing cultural competence as a quality improvement issue. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
37. NQC. (2007). NQC training-of-trainers guide. Facilitator manual to train HIV providers on quality management. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
38. NQC. (2007). NQC training-of-trainers guide. Facilitator manual to train HIV Providers on quality management. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
39. NQC. (n.d.). The PDSA cycle or how can we accelerate improvement in HIV care? The Quality Academy. Tutorial 13. PPT presentation. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
40. NY AIDS Institute. (2006). Measuring clinical performance: A guide for HIV health care performance. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
41. NY AIDS Institute. (n.d.). Promoting adherence to HIV anti-retroviral therapy. Retrieved from <http://www.hivguidelines.org>
42. NY AIDS Institute. (2008). Guideline-based quality indicators for HIV care. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
43. NQC. (2006). NQC checklist for the review of an HIV-specific quality management plan. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
44. NQC. (2006) NQC action planning guide. Strategies for implementing your HIV quality improvement activities. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
45. NQC. (n.d.). Useful quality improvement tools. The Quality Academy. Tutorial 14. PPT presentation. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
46. NQC. (n.d.). Systems thinking. The Quality Academy. Tutorial 18. PPT presentation. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
47. NQC. (n.d.). Managing resistance to change. The Quality Academy. Tutorial 16. PPT presentation. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
48. NQC. (n.d.). Leading a quality effort. The Quality Academy. Tutorial 17. PPT presentation. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
49. NQC. (n.d.). Narrowing your focus – Using data to launch improvement activities. The Quality Academy. Tutorial 10. PPT presentation. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
50. NQC. (n.d.). Wellness plan: Client needs assessment. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>
51. MSPP. (2012). Bilan et perspectives du programme SantéQual Haïti. Présentation PowerPoint, Conférence Nationale HEALTHQUAL, 26 novembre 2012, Hotel Karibe, Haïti.
52. MSPP. (2012). Rapport national HIVQUAL FY2012. Présentation PowerPoint, congrès national



HEALTHQUAL-Haïti, 26 novembre 2012, hotel Karibe, Haïti.

53. PIH. (2012). Bilan partiel des activités d'amélioration de la qualité du département de suivi, évaluation et d'amélioration de la qualité (DSEAQ). Présentation PowerPoint, Congrès National HEALTHQUAL-Haïti, 26 novembre 2012, Hotel Karibe, Haïti.
54. PIH. (2012). Identification des lits et gestion des dossiers des patients hospitalisés en Pédiatrie de l'HSN. Présentation Power Point, Congrès National HEALTHQUAL-Haïti, 26 novembre 2012, Hotel Karibe, Haïti
55. PIH (2012). Hôpital La Colline de Lascahobas. Projet Enrôlement ARVs. Présentation PowerPoint, Congrès National HEALTHQUAL-Haïti, 26 Novembre 2012, Hotel Karibe, Haïti.
56. PIH. (2012). Hôpital La Colline de Lascahobas. Amélioration du processus de prise des signes vitaux des patients hospitalisés. Présentation PowerPoint, Congrès National HEALTHQUAL-Haïti, 26 Novembre 2012, Hotel Karibe, Haïti.
57. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB. Agenda de la Formation HEALTHQUAL du 5 au 7 février 2013.
58. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. Coaching et Mentorat. Présentation Power Point.
59. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. Fiche de Projet d'Amélioration de la Qualité.
60. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. L'Évaluation d'un Programme de Gestion de la Qualité. Présentation PowerPoint.
61. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. Le Cycle PDSA ou Comment pouvons-nous accélérer les améliorations dans les soins de santé ? Présentation PowerPoint.
62. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. SantéQual-Haïti : les indicateurs HEALTHQUAL dans l'EMR du MSPP. Présentation PowerPoint.
63. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. Les outils d'amélioration de la qualité. Présentation PowerPoint.
64. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. HEALTHQUAL: outils d'évaluation organisationnelle de la qualité.
65. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. HEALTHQUAL: Plan de gestion de la qualité. Présentation PowerPoint.
66. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. HEALTHQUAL: Plan départemental de la qualité.
67. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. HEALTHQUAL: Rapport de coaching.
68. MSPP. (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. HEALTHQUAL: formulaire de rapport d'équipe de projet.
69. MSPP (2013). Formation HEALTHQUAL pour le réseau CMMB, du 5 au 7 février 2013. Vue Générale du Programme SantéQual-Haïti. Présentation PowerPoint.
70. IHI (2004). PPT presentations. The Chronic Care Model. Improving care for people living with HIV and AIDS. Retrieved from <http://www.NationalQualityCenter.org>

The audio recordings analyzed are as follows:

- HEALTHQUAL-Haïti National Workshop (November 2012)
- Training session for the HEALTHQUAL-Haïti Coaches (PEPFAR network, supported by an NGO)
- Presentation of the logic model and group discussion on the logic model
- Meeting on health information systems and quality improvement
- Interview with HEALTHQUAL-Haïti Stakeholders

## Appendix E. Codebook: Logic Model

**Table E. Definition of the Predetermined Codes**

<b>Codes</b>	<b>Comments / Definition</b>
1.1 National QI Committee	A strategic committee within the MSPP.
1.2 Core Team	A technical committee to support the MSPP and mobilize resources.
1.3 Coaching Team	A committee that provides technical assistance to sites, networks, and MSPP at national, departmental, and site levels.
1.4 HQ International	Provides technical assistance to the HEALTHQUAL-Haïti program international via NY AIDS Institute/HRSA (Health Resources Administration), USA.
1.5 HIS	Health information system includes inputs like software, EMR, computers, servers, etc.
1.6 Quality Infrastructure	One of three pillars of PACQ: The basis of the quality management program that support the functioning of the HEALTHQUAL-Haïti program. It includes the key resources, the organization of the system, the HIS, the quality committees, and the quality management plan.
1.7 Departmental Quality Committee/Quality Committee (Site)/Project Quality Committee	The different committees inside the HEALTHQUAL program that help to operationalize it.
1.8 Core Team-Coaching Team	Key committees that participate in the identification of performing sites, provision of incentives for sites that perform better, and in the sharing of experiences.
1.9 Partner Organizations/Stakeholders	Key organizations involved in the planning and implementation of HEALTHQUAL.
2.1 Coaching/Peers' Learning	Strategy to implement HEALTHQUAL-Haïti program.
2.2 HIS Clinic	Clinical information systems include all paper and electronic system in HEALTHQUAL.
2.3 QI Performance	Includes activities for measuring the performance.
2.4 Staff Involvement	Involvement of staff and providers.
2.5 Patient Involvement	Involvement of patient in CQI activities.
2.6 Strategic Plan Org	Organizational strategic plan.
2.7 Quality Improvement Plan	A yearly quality improvement plan at the site or at departmental level.
2.8 Quality Improvement Projects	Quality improvement projects at sites or at the departmental level.
2.9 Direction Involvement/Support	Top management support of QI activities/Resources mobilization for CQI
2.10 Evaluation	Evaluation as a component of the quality improvement program and in general at health facility, departmental, and system levels.

<b>Codes</b>	<b>Comments / Definition</b>
2.11 Incentive	Includes competition among institutions, premiums for excellence, travel, international conferences.
3.1 Strategic Planning	The main trends in the program.
3.2 Training	Includes training in quality improvement, coaching and mentoring, EMR utilization, HIS, and the use of data for QI.
3.3 Performance Measurement	One of three pillars of CQIP: Includes the development of indicators, data collection and analysis, and analysis of EMR reports.
3.4 Ying-Yang	The tense relationship between performance measurement and quality improvement activities.
3.5 Quality Improvement Activities	One of three pillars of the CQIP: Includes problem-solving methods, prioritization according to the needs of patients, the testing of change, adaptation, adoption, and diffusion of change.
3.6 Supervision/Support	The supervision mechanisms, coaching activities, support system inside HEALTHQUAL-Haïti at different levels.
3.7 System Strengthening-Process Analysis	System strengthening activities through process analysis.
3.8 Organizational Evaluation	Includes assessing top management leadership, organizational assessment, self-assessment, evaluation of coaching, and evaluation of the CQI plan.
3.9 Biannual Meeting	Meeting held to assess the performance of health institutions against indicators, to determine the benchmark for the next period, and to share experiences.
3.10 Best Practices Contest	Linked to incentives to share best practices through a competition between health institutions, bonuses for performing institution, and travel to international conferences.
4.1 Competence Development/Improvement	Acquisition of new knowledge, technical, organizational skills, and abilities.
4.2 Utilization of CQI Tools	Implementation of CQI tools/application of tools.
4.3 Process Analysis	Analysis of organizational and clinical processes.
4.4.5 Multidisciplinary Teamwork	Work as multidisciplinary team for CQI activities.
4.4 Leadership	Leadership at different levels.
4.4.1 Innovative Approaches	Ideas generation and innovative approaches.
4.4.1.1 Experiential Learning	Learning by experimentation.
4.4.2 Increase in Trust	Improved confidence and trust.
4.4.2.2 Diminution of Fear	Decrease apprehensions and fears.
4.4.2.3 Decrease Resistance to Change	Reduction in the resistance to change.
4.4.2.4 Gradual Change	Changing in small steps, gradual, sustainable.
4.5 Institutionalization Change	Institutionalization of change and routinization.
4.6 Link Health Facilities-Communities	Link between health facilities and community institutions.

<b>Codes</b>	<b>Comments / Definition</b>
4.4.3 Resources Mobilization	Provision of resources and capacity to mobilize resources.
4.4.4 Accountability	Accountability at different levels.
4.7 Improvement of Quality Culture	Quality culture improved.
4.8 System Improvement	System and processes improved.
4.9 CQI Philosophy	Principles of CQI philosophy
4.10 Improvement of Organizational Learning	Capacity for organization to learn.
4.11 Improvement of Working Environment/System Structure	Improvement in working environment, work climate, and structure of the system.
4.12 Employee Motivation	Motivation of the employee.
5.1 Common Vision	Common vision shared by the members of the organization.
5.2 Best Collaboration	Improved collaboration within and across organizations.
5.3 Quality	Encompasses accessibility, integration, relevance, productivity, technical quality, interpersonal quality, and convenience of the physical environment.
5.3.1 Accessibility	Ability to acquire care efficiently, appropriately, fairly, and provide timely care within the system.
5.3.2 Integration	Includes coordination, continuity, and comprehensiveness.
5.3.3 Relevance Care	Capacity to do what is necessary appropriately.
5.3.4 Productivity / Intensity	Productivity is the capacity to provide health services and quantity of unit produced according to resources. Intensity is the quantity of services provided per patient according to needs.
5.3.5-Technical Interpersonal Environmental Quality	Technical quality, interpersonal quality, quality of the physical environment.
5.4 Elimination/Decrease of Waste	Capacity of the system to eliminate or decrease waste due to overuse and unnecessary variations.
5.5 Problems Prevention	Being proactive to prevent problem in the process of care and improve safety and services.
5.6 Employee Satisfaction with Work	Employee satisfaction with their work.
6.1 Improved Performance	Improved organizational, system, and clinical performance.
6.1.1 Results/Indicators Improved	Key indicators in the HIS improved/results improved.
6.1.2 Care Services Improved	Care and services improved.
6.2 Effectiveness	Results achieved and process improved.
6.3 Improve Patient Experience	Improving the patient experience related to care.
6.4 Patient Satisfaction Increased	Increasing patient satisfaction with the process and the system of care.
7.1 Reduction of Mortality	Reduction in mortality.
7.2 Improved Health Status	Improving health status.
7.3 Costs Reduction	Controlling costs of care.
7.4 Equity	Access to the system as needed and not on ability to pay.

**Codes**

7.5 Efficiency

**Comments / Definition**

Get the results with decrease in costs/efficacy with less cost.

## Appendix F. Code Frequencies

<b>Codes</b>	<b>Density/Total</b>
1.1 National QI Committee	19
1.2 Core Team	15
1.3 Coaching Team	30
1.4 HQ International	16
1.5 HIS	82
1.6 Quality Infrastructure	55
1.7 Committees: Departmental Quality Committee/ Quality Committee (Site)/ Project Quality Committee	43
1.8 Core Team–Coaching Team	2
1.9 Partner Organizations/Stakeholders	16
2.1 Coaching/Peers’ Learning	34
2.2 HIS Clinic	49
2.3 QI Performance	27
2.4 Staff Involvement	42
2.5 Patient Involvement	56
2.6 Strategic Plan Organization	22
2.7 Quality Improvement Plan	83
2.8 Quality Improvement Projects	71
2.9 Direction Involvement/Support	16
2.10 Evaluation	37
2.11 Incentive	45
3.1 Strategic Planning	30
3.2 Training	69
3.3 Performance Measurement	188
3.4 Ying–Yang	11
3.5 Quality Improvement Activities	168
3.6 Supervision/Support	30
3.7 System Strengthening Process Analysis	44
3.8 Organizational Evaluation	67
3.9 Biannual Meeting	17
3.10 Best Practices Contest	20
4.1 Competence Development/Improvement	30
4.2 Utilization of CQI Tools	115
4.3 Process Analysis	96
4.4.5 Multidisciplinary Teamwork	51
4.4 Leadership	52
4.4.1 Innovative Approaches	19
4.4.1.1 Experiential Learning	28
4.4.2 Increase in Trust	4
4.4.2.2 Diminution of Fear	7
4.4.2.3 Decrease Resistance to Change	19

<b>Codes</b>	<b>Density/Total</b>
4.4.2.4 Gradual Change	49
4.5 Institutionalization Change	25
4.6 Link Health Facilities–Communities	17
4.4.3 Resources Mobilization	11
4.4.4 Accountability	7
4.7 Improvement of Quality Culture	19
4.8 System Improvement	31
4.9 CQI Philosophy	11
4.10 Improvement of Organizational Learning	10
4.11 Improvement Working Environment/System Structure	12
4.12 Employee Motivation	17
5.1 Common Vision	18
5.2 Best Collaboration	39
5.3 Quality	15
5.3.1 Accessibility	9
5.3.2 Integration	42
5.3.3 Relevance Care	8
5.3.4 Productivity/Intensity	5
5.3.5 Technical Interpersonal Environmental Quality	10
5.4 Elimination/Decrease of Waste	5
5.5 Problems Prevention	4
5.6 Employee Satisfaction with Work	7
6.1 Improved Performance	74
6.1.1 Results/Indicators Improved	150
6.1.2 Care Services Improved	16
6.2 Effectiveness	11
6.3 Improve Patient Experience	9
6.4 Patient Satisfaction Increased	18
7.1 Reduction of Mortality	9
7.2 Improved Health Status	12
7.3 Costs Reduction	7
7.4 Equity	12
7.5 Efficiency	16
<b>Causal Hypothesis: Relation between Concepts</b>	
3.2---(4.1/4.2) Link Training—Skills Development and CQI Tools Utilization	14
4.2---4.3 Link CQI Tools Utilization and Process Analysis	89
4.4 <----> 3.5 Link Leadership <----> CQI Activities	22
3.5---4.4.1.1 Link CQI Activities and Experiential Learning	31
3.5---4.6 Link CQI Activities and Institutional/Community Activities	9
3.9---(4.7/4.8/4.9) Link Biannual National Quality Meeting and Quality Culture Improvement	5
3.9---4.10 Link Community of Practice and Organizational Learning	23
3.9---4.12 Link Community of Practice and Employee Motivation	1



<b>Codes</b>	<b>Density/Total</b>
3.10---4.12 Link Incentives and Employee Motivation	10
4.4.1.1 <----> 4.4.2.4 Link Experiential Learning and Gradual Change	23
4.4.1---4.4.1.1 Link Innovation and Experiential Learning	10
4.4.2.2---4.4.2.3 Link Decrease in Fear and Decrease in Resistance	8
4.4.2.3---4.4.2.4 Link Decrease in Resistance and Gradual Change (Step by Step Change)	7
4.4.2.4 <----> 4.5 Link Gradual Change and Institutionalization of Change	9
4.4.2---4.4.2.2 Link Trust and Decrease in Fear	3
4.4.3---6.1 Link Resources Mobilization and Performance Improvement	1
4.4.4---6.1 Link Accountability and Performance Improvement	1
4.4.5---4.3 Link Multidisciplinary Team and Process Analysis	13
4.4.5---5.1 Link Multidisciplinary Team and Common Vision	6
4.4.5---5.2 Link Multidisciplinary Team and Better Collaboration	10
4.4---4.4.1 Link Leadership and Innovation	8
4.4---4.4.1.1 Link Leadership and Experiential Learning	7
4.4---4.4.2 Link Leadership and Trust	3
4.4---4.4.3 Link Leadership and Resources Mobilization	7
4.4---4.4.4 Link Leadership and Accountability	7
4.4---4.4.5 Link Leadership and Multidisciplinary Team	15
4.4---4.7 Link Leadership and Quality Culture	6
4.6---(4.7/4.8/4.9) Link Community/Institutional Activities and System Improvement	14
4.7 and 4.8 Link between Quality Culture and System Improvement	10
4.8---4.9 Link System Improvement and Quality Philosophy	6
(3.6/3.7/3.8) --- (4.7/4.8/4.9) Link Evaluation and Quality Culture Improvement	6
(4.7/4.8/4.9)---5.3 Link System Improvement and Quality	12
(4.7/4.8/4.9)---5.4 Link System Improvement and Waste Elimination/ Decrease	2
(4.7/4.8/4.9)---5.5 Link System Improvement and Problems Prevention	5
4.10---4.11 Link Organizational Learning and Work Environment Improvement/System Structure	3
4.10---5.6 Link Organizational Learning and Work Satisfaction	4
4.11---5.6 Link Work Environment and Work Satisfaction	4
4.12---5.6 Link Employee Motivation and Work Satisfaction	5
5.1---6.1 Link Common Vision and Performance Improvement	9
5.2---6.1 Link Better Collaboration and Performance Improvement	12
5.3---6.1.2 Link Quality and Care/Service Improvement	5
5.4---6.1.2 Link Diminution/Elimination of Waste and Care/Service Improvement	1
5.5---6.1.2 Link Problems Prevention and Care/Service Improvement	4
5.5---6.3 Link Problems Prevention and Patient's Experience Improvement	1

<b>Codes</b>	<b>Density/Total</b>
5.7---6.3 Link Employee Satisfaction and Patient's Experience Improvement	5
6.1.1---6.2 Link Indicators Improvement and Effectiveness	9
6.1.2---6.2 Link Care/Service Improvement and Effectiveness	8
6.1.2---6.3 Link Care/Service Improvement and Patient's Experience Improvement	3
6.1---6.1.1 Link Performance Improvement and Indicators Improvement	19
6.2---6.4 Link Effectiveness and Patient Satisfaction Increased	2
6.2---7.1 Link Effectiveness and Reduction of Mortality	3
6.2---7.2 Link Effectiveness and Health Status Improvement	2
6.2---7.3 Link Effectiveness and Cost Reduction	3
6.2---7.4 Link Effectiveness and Equity	1
6.2---7.5 Link Effectiveness and Efficiency	5
6.3---6.4 Link Patient's Experience Improvement and Patient Satisfaction Increased	1
7.5---7.3 Link Efficiency and Cost Reduction	4
<b>Emergent Codes</b>	
Link Employee Motivation—Patient Satisfaction	1
Link CQI Activities—Teamwork—Step by Step Change—PDSA Cycle and CQI Projects	1
Link System Improvement—Collaboration and Coordination	2
Link System Improvement—Vision—Needs and Quality Improvement Plan	3
Link CQI Activities—Leadership—Teamwork and Performance Improvement	2
Patient Self-Management	24
Link Gradual Change and Diminution of Resistance	1
Departmental Committee	2
Project Committee	9
Link Evaluation and Quality Infrastructure	1
Sustainability	4
Link Evaluation and Patient Satisfaction	2
Link Evaluation and Quality Management Program Improvement	2
Link Evaluation—Infrastructure and Priorization	1
Link Incentives—Goals—Vision	1
Influence of Context	9
To Add—To Modify in Logic Model	16
Chronic Care Model	58
Leadership by Rotation	1
Link Leadership—Quality Improvement Project—Teamwork—Objectives and Goals	2
Link CQI Activities and Motivation	1
Link Quality Culture—Measurement—Change and Care	1

<b>Codes</b>	<b>Density/Total</b>
Link Coaching–Training–Competence Development and System Improvement	2
Link Coaching and Teamwork	1
Link Coaching and Evaluation	4
Link Coaching–Evaluation and Training	3
Link Coaching–Evaluation and Quality Management Plan	4
Link Coaching–Training–Competence Development and Independence of Sites	3
Link Coaching–Leadership and Communication	3
Link Diminution of Resistance–Communication and Training	1
Link between Performance Measurement and Motivation	1
Link Teamwork–Common Goals–Performance and Accountability	1
Link Evaluation and Top Management Support	1
Link Evaluation and Training	1
Link Evaluation and Incentives	1
Link Evaluation–Supervision and Process Improvement	1
Link Training and Staff Involvement	1
Link Incentives and Sustainability	2
Link Indicators–Evidence-Based Data–Measurement and Follow-Up	1
Link Indicators and HIS	29
Link Indicators–Monitoring–Process Improvement	24
Link Quality Infrastructure and Evaluation	3
Link Institutionalization and Quality Culture	2
Link Leadership–Institutionalization of Change–Innovation–Vision and Overcoming of Obstacles	4
Link Leadership–Evaluation–Planning and Goals	2
Link Leadership–Quality Infrastructure–Quality Management Plan	2
Link Leadership–Incentive and Motivation	1
Link Leadership–Innovation–Experiential Learning and Competence Development	6
Link Leadership–Measurement–Feedback–Communication and Innovation	6
Link Leadership–Measure–Governance–Accountability–Transparency	4
Link Leadership and Employee Motivation	2
Link Leadership–Accountability and Resources Mobilization	3
Link Leadership and Employee Satisfaction	1
Link Leadership–Teamwork–Collaboration–Cooperation	4
Link Leadership–Vision and Quality Culture	4
Link Leadership–Vision–Evaluation–Performance Measurement and Coaching	3
Link Performance Measurement and Quality Improvement Activities	4
Link Measurement–Quality Improvement–Goals Achievement and Results Improvement	4

<b>Codes</b>	<b>Density/Total</b>
Link Measurement–Quality Improvement Activities–Training–Teamwork–Process Analysis and Performance Improvement	4
Link Measurement–Change–System Improvement	4
Link Employee Motivation–Process Improvement and Results	2
Link Motivation and Staff Involvement	2
Link Performance Improvement and Quality Improvement Activities	2
Link Quality Management Plan–Process Analysis–Indicators–Performance Measurement and Quality Improvement Activities	2
Link Quality Management Plan and Performance Measurement	2
Link Quality Management Plan and Quality Infrastructure	2
Link Quality Management Plan and Strategic Planning	2
Link Quality Management Plan–Vision–Strategic Planning and Evaluation	1
Link Quality and Indicators Improvement	1
Link Resistance to Change–Lack of Information and Lack of Incentives	4
Link Employee Satisfaction and Motivation	1
Link Patients Satisfaction–Employee Satisfaction–Efficiency and Performance Improvement	2
Link Health Information System–Indicators–Planning–Quality Improvement	3
Link Health Information System–Performance Measurement–Staff Involvement–Quality Improvement Activities	2
Link System–Vision–Community Needs–Input–Process–Quality Management Plan–Results	1
Link System–Vision–Goals	3
Link Teamwork–Communication and Decrease in Resistance to Change	1
Link Teamwork–Competence Development–Results Achievement	2
Link Teamwork–Tasks–Culture–Context	4
Mentoring	9
Logic Model Complete and Very Detailed	1
Name of Logic Model–Marelle Game	1
Link Quality Management Plan–MEASURE Evaluation	4
Complex Process	3
Quality Management Program	3
Data Quality	6
Safety	1
Patient Centered Care	3
Strategies	31
Link Core Team–Coaching–Evaluation–Incentive and Best Practices Contests	1
Link Incentive–Best Practices Contests–Employee Motivation and Performance	2
Link Collaboration and Waste Decrease/Elimination	1

## References

- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., & Hartz, Z. (2009). *L'évaluation: concepts et méthodes*: Les Presses de l'Université de Montréal. Retrieved from <http://www.entrepotnumerique.com/o/63/p/6670/excerpt>
- CDC. (2005). *Evaluation guide: Developing and using a logic model*. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from [http://www.cdc.gov/dhbsp/programs/spha/evaluation\\_guides/logic\\_model.htm](http://www.cdc.gov/dhbsp/programs/spha/evaluation_guides/logic_model.htm)
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., & Contandriopoulos, A.P. (2009). Modéliser les interventions. *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation. Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Friedman, R. M. (1997). *Evaluating mental health services: How do programs for children "work" in the real world?* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Gugiu, P. C., & Rodríguez-Campos, L. (2007). Semi-structured interview protocol for constructing logic models. *Evaluation and Program Planning*, 30(4), 339–350. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718907000717>
- Hatry, H., Liner, B., & Rossman, S. (1994). *Measuring progress of estuary programs: a manual*. Washington, DC: The U.S Environmental Protection Agency, Office of Water. Retrieved from <https://nepis.epa.gov/Exe/ZyPDF.cgi/20004ZH9.PDF?Dockkey=20004ZH9.PDF>
- Hernandez, M., & Hodges, S. P. (2001). Theory-based accountability. In M. Hernandez & S. Hodges (eds.), *Developing outcome strategies in children's mental health*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Julian, D. A. (1997). The utilization of the logic model as a system level planning and evaluation device. *Evaluation and Program Planning*, 20(3), 251–257. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718997000025>
- Julian, D. A., Jones, A., & Deyo, D. (1995). Open systems evaluation and the logic model: Program planning and evaluation tools. *Evaluation and Program Planning*, 18(4), 333–341. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0149718995000348>
- Millar, A., Simeone, R., & Carnevale, J. (2001). Logic models: A systems tool for performance management. *Evaluation and Program Planning*, 24, 73-81.
- Morestin, F., & Castonguay, J. (2013). *Construire le modèle logique d'une politique publique favorable à la santé: Pourquoi et comment?* Montreal: Centre de collaboration nationale sur les

politiques publiques et la santé. Retrieved from [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1838\\_Construire\\_Modele\\_Logique.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1838_Construire_Modele_Logique.pdf)

Page, M., Parker, S. H., & Renger, R. (2009). How using a logic model refined our program to ensure success. *Health Promotion Practice, 10*(1), 76–82. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17728201>

Porteous, N. L., Sheldrick, B. J., & Stewart, P. J. (2002). Introducing program teams to logic models: Facilitating the learning process. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 17*(3), 113–141. Retrieved from <http://evaluationcanada.ca/secure/17-3-113.pdf>

Pumariega, A. J. (1996). Culturally competent outcome evaluation in systems of care for children's mental health. *Journal of Child and Family Studies, 5*(4), 389–393. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02233861>

Renger, R., & Titcomb, A. (2002). A three-step approach to teaching logic models. *American Journal of Evaluation, 23*(4), 493–503. Retrieved from <http://aje.sagepub.com/content/23/4/493.abstract>

Weiss, C. H. (1998). *Evaluation: Methods for studying programs and policies* (second ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Yampolskaya, S., Nesman, T. M., Hernandez, M., & Koch, D. (2004). Using concept mapping to develop a logic model and articulate a program theory: A case example. *American Journal of Evaluation, 25*(2), 191–207. Retrieved from <http://aje.sagepub.com/content/25/2/191.abstract>

## **Article 2. Analyse du degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti**

Authors :

Joseph Adrien Emmanuel Demes,<sup>6</sup> Lambert Farand,<sup>7</sup> Marie-Pascale Pomey,<sup>8</sup> François Champagne,<sup>9</sup>

---

6 Corresponding author: Joseph Adrien Emmanuel Demes is a professor at the School of Medicine and Pharmacy (UEH, Haïti), and Ph.D. candidate at University of Montreal, Canada, School of Public Health.

7 Lambert Farand is a professor and researcher at the School of Public Health, University of Montreal.

8 Marie-Pascale Pomey is a professor and researcher at the School of Public Health, University of Montreal.

9 Francois Champagne is a professor and researcher at the School of Public Health, University of Montreal.

## **Abstract**

### **Introduction**

En général, dans les évaluations des programmes d'amélioration de la qualité, les évaluateurs se précipitent sur l'évaluation des extrants et des résultats sans se poser la question si le programme a été effectivement mis en œuvre. Dans la plupart des cas, les évaluateurs concluent qu'il y a très peu ou pas d'effet. Comment avoir des effets si le programme n'a jamais été mis en œuvre ? Cependant, on doit admettre que c'est un défi méthodologique pour évaluer le degré de mise en œuvre. L'objectif de cet article est d'évaluer de façon rigoureuse le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti.

### **Méthodologie**

La première étape a consisté à l'élaboration du modèle logique de l'intervention. Par la suite tenant compte des écrits scientifiques sur le contenu et du modèle logique du programme HEALTHQUAL-Haïti, douze dimensions ont été sélectionnées afin d'apprécier de façon qualitative le degré de mise en œuvre en fonction de certains critères afin de porter un jugement sur le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

### **Résultats**

Le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL est faible dans certains établissements de santé alors que pour d'autres, le degré de mise en œuvre est moyen.

### **Conclusion**

Il est important de tenir compte de ces résultats lors de la planification et la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL et surtout de travailler sur les facteurs qui expliquent le degré de mise en œuvre. Plus de recherche est nécessaire pour bien articuler le degré de mise en œuvre et les facteurs qui influencent la mise en œuvre.



## **Introduction**

La mise en œuvre d'une intervention est généralement considérée comme l'application et l'exécution du programme dans un contexte organisationnel ou systémique. Cependant, les programmes d'amélioration de la qualité (PAQ) dans le contexte sanitaire est un processus complexe et leur évaluation représente un défi pour bien des évaluateurs. L'amélioration de la qualité fait référence à des stratégies systématiques et continues en vue d'améliorer les processus et les systèmes de soins pour une meilleure satisfaction des patients (IOM, 2001). L'« Institute of Medicine » (IOM) établit un lien direct entre le processus d'amélioration de la qualité des soins et les résultats et indicateurs de santé aux niveaux individuel et populationnel.

L'une des problématiques en matière d'évaluation, c'est qu'on va regarder les effets des programmes de qualité sans se demander si ces programmes ont été effectivement mis en œuvre. D'où la nécessité de se pencher sur le processus de mise en œuvre et le degré d'implantation des programmes de qualité. Ceci permet en outre de mieux comprendre les facteurs qui influencent ce degré de mise en œuvre. La question qu'on débâte maintenant c'est comment évaluer le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti ?

Pour évaluer le degré de mise en œuvre, les éléments suivants ont servi comme référence : la littérature scientifique sur la conceptualisation des programmes d'amélioration de la qualité, le modèle logique du programme HEALTHQUAL-Haïti et l'outil d'évaluation organisationnelle utilisé pour évaluer le programme HEALTHQUAL-Haïti et la littérature scientifique sur la conceptualisation des programmes d'amélioration de la qualité. Ceci peut permettre de trouver les dimensions nécessaires et valides pour évaluer le programme HEALTHQUAL-Haïti.

## **La littérature scientifique sur la conceptualisation des programmes de qualité**

Quand on parle de PAQ, cela peut intégrer diverses stratégies et approches. Ceci peut créer de la confusion. Est-ce qu'il y existe un ensemble de variables clés ou des éléments fondamentaux pour conceptualiser un PAQ ? Dans la mesure où l'on peut trouver ces points communs entre les

différentes formes de programmes de gestion de la qualité, on pourra utiliser ces concepts et critères pour évaluer le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL dans chaque établissement de santé. En général, quand on parle d'amélioration de la qualité, on sous-entend l'amélioration des systèmes et des processus pour une meilleure satisfaction des patients ou clients des établissements de santé. Pour obtenir des résultats différents, il faut que le système actuel d'organisation des soins change. Chaque système est bâti pour produire des résultats en fonction de ces caractéristiques. Bien que les PAQ semblent différer les uns des autres, on y retrouve dans la plupart des cas les éléments suivants : l'accent mis sur les patients, le travail en équipe, l'utilisation des données pour la prise en décision et la gestion du changement, l'utilisation d'approches systématiques et les outils et méthodes d'amélioration de la qualité pour guider le changement (Hackman & Wageman, 1995). L'implication de la haute direction et le leadership sont des ingrédients clés pour le succès des PAQ (Goldstein & Schweikhart, 2002), ((Baldrige National Quality Program, 2009). Les différents processus sont interreliés pour former des systèmes avec un but précis à atteindre. Les intrants sont mobilisés pour réaliser des activités en vue d'aboutir à des résultats en termes d'amélioration de la qualité et de satisfaction des patients. Dans un tel système, la satisfaction des clients internes et externes et l'implication des clients sont déterminants dans tous PAQ. Chaque système doit être réorganisé pour produire des résultats différents. D'où la nécessité de bien intégrer les attentes des patients et des clients afin de mieux les satisfaire et donner les résultats différents (Schulingkamp & Latham, 2015).

En général, dans les PAQ, on met l'accent sur la mesure de la performance et la prise de mesure pour améliorer la performance en fonction de la réalité et des problèmes de chaque établissement de santé. D'où la nécessité d'avoir un système d'information sanitaire qui supporte ce processus de collecte, d'analyse et de prise de décisions basée sur les données afin d'améliorer en continue la performance en fonction des failles identifiées.

Dans la littérature scientifique, on retrouve un certain nombre d'éléments communs et de valeurs fondamentales qu'on peut regrouper au nombre de six (6) (Hackman & Wageman, 1995) : l'identification et la mesure explicite des besoins et attentes des patients ; création de partenariat ; le travail en équipe multidisciplinaire ; l'utilisation des méthodes d'amélioration de la qualité ; la gestion des processus ; la gestion basée sur les faits. En fonction de ces évidences dans la

littérature scientifique (voir tableau 1), un cadre conceptuel a été élaboré pour évaluer le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti.

<b>Tableau 1 : Cadre pour l'analyse du degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité des soins en Haïti</b>
Composantes / Activités
1. Identification et mesure des besoins et attentes des clients Processus d'identification des besoins et attentes mis en place
2. Création d'un partenariat avec les fournisseurs
3. Équipe multidisciplinaire
4. Utilisation de méthodes scientifiques
5. Gestion des processus Analyse des processus / identification problème au niveau des processus Amélioration des processus
6. Gestion basée sur les faits / Utilisation des données et de l'information pour la prise de décision Collecte, analyse, utilisation des données, de l'information et de la connaissance

## **Le modèle logique du programme HEALTHQUAL-Haïti**

Dans le cadre du programme HEALTHQUAL-Haïti, dans la première partie de cette recherche (voir article 1), le modèle logique du programme HEALTHQUAL-Haïti a été développé. Ce modèle logique représente ce que les acteurs ont l'intention de mettre en œuvre. Mais on sait que le système de santé est complexe, entre ce qu'on veut mettre en œuvre et ce qui est effectivement mis en œuvre, parfois, il y a un fossé ou des écarts. D'où la nécessité de regarder de façon empirique et opérationnelle la mise en œuvre dans les établissements de santé. Le tableau suivant (tableau 2) représente le modèle explicite que les acteurs et concepteurs du programme HEALTHQUAL veulent mettre en œuvre en Haïti. La figure suivante (figure 1) présente sous forme de diagramme une version simplifiée du modèle logique tenant compte du principe de parcimonie.

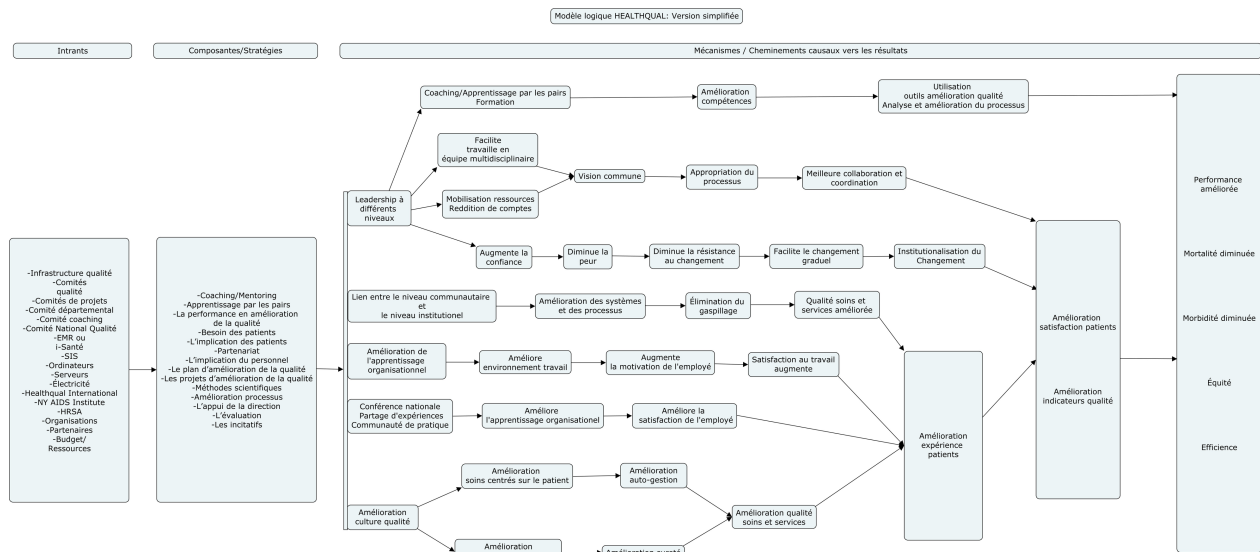


Figure 1. Modèle logique HEALTHQUAL : Version simplifié sous forme de diagramme

**Tableau 2. Modèle logique programme HEALTHQUAL-Haïti**

Intrants	Composantes Stratégie	Activités	Processus	Résultats Court Terme	Résultats Moyen Terme	Résultats Long Terme
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Infrastructure qualité</li> <li>-Comités qualité</li> <li>-Comités de projets</li> <li>-Comité départemental</li> <li>-Comité coaching</li> <li>-Comité National Qualité</li> <li>-EMR ou i-Santé</li> <li>-SIS</li> <li>-Ordinateurs</li> <li>-Serveurs</li> <li>-Électricité</li> <li>-Healthqual International</li> <li>-NY AIDS Institute</li> <li>-HRSA</li> <li>-Organisations</li> <li>-Partenaires</li> <li>-Budget/ Ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Coaching/Mentoring</li> <li>-Apprentissage par les pairs</li> <li>-La performance en amélioration de la qualité</li> <li>-Besoins des patients</li> <li>-L'implication des patients</li> <li>-Partenariat</li> <li>-L'implication du personnel</li> <li>-Le plan d'amélioration de la qualité</li> <li>-Les projets d'amélioration de la qualité</li> <li>-Méthodes scientifiques</li> <li>-Amélioration processus</li> <li>-L'appui de la direction</li> <li>-L'évaluation</li> <li>-Les incitatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Planification stratégique/Orientation</li> <li>-Formation en amélioration qualité</li> <li>-Mesure de la performance</li> <li>-Amélioration de processus basée sur les données de la performance</li> <li>-Concentration sur les besoins et les résultats importants pour les patients</li> <li>-Identification et mesure des besoins et attentes des clients</li> <li>-Communication et responsabilisation</li> <li>-Résolution de problème</li> <li>-Adaptation ou adoption de changement</li> <li>-Renforcement des systèmes par l'analyse des processus</li> <li>-Supervision/encadrement</li> <li>-Évaluation</li> <li>-Communauté de pratique</li> <li>-Prix d'excellence / Voyages / Conférences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Amélioration des compétences</li> <li>-Utilisation des outils</li> <li>-Travail en équipe multidisciplinaire</li> <li>-Analyse des processus</li> <li>-Leadership</li> <li>-Approches innovantes</li> <li>-Augmentation de la confiance</li> <li>-Diminution résistance au changement</li> <li>-Changement à petit pas</li> <li>-Institutionnalisation du changement</li> <li>-Vision commune</li> <li>-Reddition de compte</li> <li>-Provision de ressources</li> <li>-Amélioration environnement de travail</li> <li>-Motivation de l'employé</li> <li>-Amélioration culture qualité</li> <li>-Amélioration Système</li> <li>-Amélioration Processus</li> <li>-Amélioration continue de la qualité</li> <li>-Apprentissage organisationnel</li> <li>-Lien entre institution et communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Meilleure qualité (en termes d'accessibilité, d'intégration, de continuité, de globalité, de pertinence, de qualité technique, interpersonnelle et de l'environnement physique</li> <li>-Autogestion</li> <li>-Soins Centrés sur le Patient</li> <li>-Prévention problèmes</li> <li>-Diminution gaspillage</li> <li>-Sécurité augmentée</li> <li>-Amélioration apprentissage organisationnelle</li> <li>-Satisfaction employé</li> <li>-Amélioration Expérience du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Amélioration Résultats / Indicateurs HEALTHQUAL ou SANTÉQUAL</li> <li>-Amélioration Satisfaction patients</li> <li>-Amélioration Efficacité</li> <li>- Améliorer l'équité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Réduire la mortalité</li> <li>-Améliorer la santé</li> <li>-Améliorer Qualité de Vie</li> <li>-Réduire les coûts</li> <li>- Efficience</li> </ul>

Les éléments de la littérature scientifique sont intégrés dans le modèle logique du programme HEALTHQUAL, élaboré dans le cadre de cette recherche. Un sous-ensemble d'éléments du modèle logique ont été sélectionnés afin d'évaluer le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haiti (voir tableau 3).

## **Méthodologie**

### **Stratégie de recherche**

Quelques dimensions clés ont été sélectionnées pour l'analyse du degré de mise en œuvre tenant compte des points communs entre le modèle logique de HEALTHQUAL-Haïti (élaboré dans la première phase de cette recherche) et de la revue de la littérature sur les points communs des programmes d'amélioration de la qualité.

Un sous-ensemble d'éléments du modèle logique a été sélectionné pour des raisons de parcimonie et pour faciliter l'analyse du degré de mise en œuvre. Pour faciliter l'analyse du degré de mise en œuvre, les dimensions suivantes ont été sélectionnées (voir le tableau suivant : tableau 3). Les dimensions ont été appréciées en fonction de certains critères. Les critères pour porter ce jugement ont été finalisés en considérant la littérature scientifique, la définition des éléments du modèle logique et l'outil d'évaluation organisationnelle HEALTHQUAL.

**Tableau 3 : dimensions sélectionnées pour l'analyse du degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité des soins en Haïti**

<i>Dimensions</i>	<i>Quelques critères d'évaluation</i>
<p>1. Identification et mesure des besoins et attentes des clients</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus d'identification des besoins et attentes mise en place</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquête de satisfaction/boite à suggestions et autres outils disponibles pour documenter les plaintes, besoins et attentes des patients</li> <li>• L'information recueillie grâce aux activités mentionnées ci-dessus est documentée, évaluée et utilisée pour piloter des projets d'AQ et établir des priorités d'amélioration.</li> <li>• Comprend des travaux avec le personnel du programme pour examiner les changements apportés sur la base des recommandations reçues avec possibilité d'affinement des améliorations. L'information est recueillie dans ce processus et utilisée pour améliorer la qualité des soins.</li> </ul>
<p>2. Implication des patients/clients</p>	<p><u>L'implication des patients/clients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fait partie d'un processus formel permettant aux patients/clients de participer aux activités de gestion de la qualité des programmes de santé, y compris un comité consultatif officiel de consommateurs, enquêtes, entrevues, groupes de discussion et/ou de formation du consommateur/le renforcement des compétences.</li> <li>• L'information recueillie grâce aux activités mentionnées ci-dessus est documentée, évaluée et utilisée pour piloter des projets d'AQ et établir des priorités d'amélioration.</li> <li>• Comprend des travaux avec le personnel du programme pour examiner les changements apportés sur la base des recommandations reçues avec possibilité d'affinement des améliorations. L'information est recueillie dans ce processus et utilisée pour améliorer la qualité des soins.</li> <li>• Implique au minimum, une révision annuelle par l'équipe/comité de gestion de la qualité des succès et défis de l'implication des consommateurs aux activités du programme de gestion de la qualité afin de promouvoir et améliorer la collaboration entre consommateurs et prestataires engagés dans l'amélioration de la qualité.</li> </ul>
<p>3. Création d'un partenariat avec les fournisseurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration/Partenariat entre service</li> <li>• Collaboration/Partenariat en dehors de l'établissements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissement de partenariat et de collaboration avec les autres services ou départements au sein de l'établissement de santé pour améliorer la qualité des soins et la mise en œuvre du PAQ</li> <li>• Etablissement de partenariat et de collaboration avec d'autres établissements de santé, la communauté et autres organisations pour améliorer la qualité des soins pour les patients et la mise en œuvre du programme</li> <li>• Relation avec les organisations sanitaires de référence ou les organisations du réseau</li> <li>• La relation avec les ONG qui collaborent avec l'hôpital</li> <li>• Organisation de la chaîne d'approvisionnement, la logistique pour fournir des services et pour appuyer les processus dans l'atteinte des objectifs organisationnels</li> <li>• Coordination des soins et la continuité des soins</li> </ul>

**Tableau 3 : dimensions sélectionnées pour l'analyse du degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité des soins en Haïti**

<p>4. Équipe multidisciplinaire / comité qualité</p>	<p><u>Le comité de qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est une entité formelle dirigée par un médecin senior ou administrateur, psychologue, travailleur social, pharmacien, infirmière ou tout membre d'une équipe multidisciplinaire et, le cas échéant, est liée aux comités de la qualité de l'organisation par le biais de membres communs.</li> <li>• Représente toutes les disciplines.</li> <li>• A défini les rôles et les responsabilités telles que codifiées dans le plan qualité</li> <li>• A pleinement engagé cadres supérieurs et ces derniers dirigent des discussions au cours des réunions du comité.</li> <li>• Communique efficacement les activités, les résultats annuels des objectifs de performance et les progrès des initiatives d'amélioration à tous les intervenants, y compris le personnel, les consommateurs et les membres du conseil d'administration.</li> </ul>
<p>5. Utilisation de méthodes scientifiques / Méthodes et outils de gestion de la qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation du cycle PDSA, diagramme de Pareto, diagramme d'Ishikawa, du logigramme, brainstorming (remue-méninges)</li> </ul>
<p>6. Gestion des processus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse des processus / identification problème au niveau des processus</li> <li>• Amélioration des processus</li> <li>• Projets de qualité</li> <li>• Initiatives d'amélioration de la qualité</li> </ul>	<p><u>Gestion des processus / Initiatives d'AQ :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sont en cours dans tous les services.</li> <li>• Correspondent à un processus structuré pour la hiérarchisation basée sur l'analyse des données de performance et d'autres facteurs.</li> <li>• Sont mises en œuvre par les équipes de projet. En outre, les médecins et le personnel peuvent identifier une opportunité d'amélioration à tout moment et suggérer la création d'une équipe AQ à être initiée.</li> <li>• Utilisent de manière cohérente et systématique utilise des processus robustes d'amélioration et des équipes pluridisciplinaires pour identifier les causes réelles de la variation et appliquer des solutions durables</li> <li>• Sont guidées par un chef d'équipe ou du commanditaire, et incluent tout le personnel concerné en fonction des besoins spécifiques du projet.</li> <li>• Sont régulièrement communiquées au comité de la qualité, au personnel et aux patients.</li> </ul>
<p>7. Gestion basée sur les faits / Utilisation des données et de l'information pour la prise de décision</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collecte, analyse, utilisation des données, de l'information et de la connaissance</li> <li>• Gestion de la performance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les mesures de performance sont évaluées régulièrement afin de s'assurer que le programme est en mesure de répondre efficacement aux changements internes et externes rapidement.</li> <li>• Les données de performance sont répertoriées, analysées et étudiée avec la fréquence nécessaire pour identifier les domaines nécessitant une amélioration.</li> <li>• L'institution a pu soumettre son rapport HEALTHQUAL complet et valide dans le plus récent cycle de données.</li> <li>• Les personnels clés du programme de gestion de la qualité ont bénéficié d'une formation sur l'analyse et le suivi de la qualité des données avec l'EMR ou le dossier médical électronique (DME).</li> <li>• Les données longitudinales des soins fournis (VIH, Sante Primaire, Soins Maternel, TB...) à tous les patients sont saisies en temps réel (Point of care) par les prestataires de soins et services (MD, infirmière...) au niveau de l'EMR</li> <li>• Les prestataires de soins peuvent générer eux-mêmes le rapport HEALTHQUAL à partir de l'EMR en utilisation dans l'institution.</li> </ul>



**Tableau 3 : dimensions sélectionnées pour l'analyse du degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité des soins en Haïti**

<p>8. Coaching / Mentoring</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage par les pairs</li> <li>• Support à l'externe par des coaches du réseau ou du niveau national ou du « core team »</li> <li>• Support à l'interne par les coaches locaux dans l'établissement de santé</li> <li>• Encadrement et supervision réguliers pour la performance du site</li> <li>• Focus sur l'atteinte des objectifs organisationnels et l'amélioration des processus</li> <li>• Aide l'équipe du site à faire face aux défis et problèmes rencontrés dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL</li> <li>• Confiance mutuelle</li> <li>• Temps et ressources consacrés par les coaches pour le succès du PAQ</li> </ul>
<p>9. Implication du personnel</p>	<p><u>Engagement du personnel de base dans l'AQ (clinique et non clinique) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est défini par la sensibilisation du personnel à l'importance de la qualité et de l'amélioration continue, et leur participation à l'identification des problèmes d'AQ, l'élaboration de stratégies d'amélioration et les stratégies d'exécution.</li> <li>• Est mis en évidence par l'éducation d'AQ régulière et continue et de la formation en méthodologie d'AQ.</li> <li>• Est renforcé par le leadership qui encourage tous les employés à faire les changements nécessaires et améliorer les systèmes pour une amélioration durable, y compris les données nécessaires pour appuyer les décisions.</li> <li>• Implique des discussions formelles et informelles où le travail d'équipe est ouvertement encouragé et le leadership façonne les comportements en ce sens.</li> <li>• Intègre la communication régulière sur les nouveaux développements en d'AQ, y compris la promotion de projets AQ tant en interne (par exemple, des conférences de qualité) et externe (par exemple, des conférences connexes).</li> </ul>
<p>10. Implication du leadership / de la haute direction</p>	<p><u>Les Leaders sont :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activement engagés dans la mise en œuvre d'une culture d'AQ à travers le programme, y compris la fourniture de ressources pour la participation du personnel à des opportunités d'apprentissage en AQ, des séminaires, à des conférences, des affiches d'amélioration de la qualité pour distribution et la candidature pour l'obtention de bourse, etc.</li> <li>• Encouragent la communication ouverte grâce à des réunions d'équipe régulières et l'allocation de beaucoup plus de temps pour les réactions du personnel.</li> <li>• Promeuvent des soins centrés sur le patient et la participation des consommateurs à travers le PAQ</li> <li>• Sont engagés régulièrement et systématiquement dans la planification et l'évaluation de l'AQ.</li> <li>• Fournissent régulièrement et systématiquement des commentaires et la rétroaction aux équipes d'AQ.</li> <li>• Encouragent le personnel à l'innovation en AQ par des prix et des mesures incitatives.</li> <li>• Relient les activités d'AQ directement aux plans stratégiques et initiatives institutionnels</li> </ul>

**Tableau 3 : dimensions sélectionnées pour l'analyse du degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité des soins en Haïti**

<p>11. Élaboration et mise en œuvre du plan de qualité</p>	<p><u>Le plan de Qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A été mis en œuvre et est utilisé régulièrement par le comité de la qualité pour diriger le programme de qualité.</li> <li>• Comprend des objectifs annuels déterminés sur la base d'indicateurs de performance internes et les exigences externes grâce à l'engagement du comité de la qualité et du personnel.</li> <li>• Comprend un plan de travail / calendrier décrivant les principales activités en place et est couramment utilisé pour suivre les progrès des mesures de performance et les initiatives d'amélioration et est modifié au besoin pour atteindre les objectifs annuels.</li> <li>• Est régulièrement communiqué à la plupart des intervenants, y compris le personnel, les patients, les membres du conseil d'administration et les organisations de parents, le cas échéant.</li> <li>• Est évalué annuellement par le comité de la qualité afin de s'assurer que les besoins de toutes les parties prenantes soient respectés et que les changements dans les soins de santé et l'environnement réglementaire sont évalués pour s'assurer que le programme répond aux besoins changeants des patients.</li> </ul>
<p>12. Évaluation du programme de la qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation à l'interne au moins une fois par an</li> <li>• Évaluation externe au moins une fois par an</li> </ul> <p><u>L'évaluation de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilise un processus d'évaluation détaillée. Les résultats de cette évaluation sont utilisés pour réviser et mettre à jour le plan de la qualité annuel, ajuster les priorités des programmes de santé et d'identifier les lacunes dans ces programmes.</li> <li>• Comprend une analyse des progrès vers les buts et objectifs et les réussites et les réalisations du programme d'AQ.</li> <li>• Décrit les tendances de mesure des performances qui servent à guider les efforts de qualité à venir.</li> <li>• Communique des preuves que les efforts d'AQ informés par le biais de ce processus ont conduit à une amélioration mesurable.</li> </ul>

### Échantillonnage

La recherche s'est concentrée sur le programme d'amélioration continue de la qualité dans le cadre du projet HEALTHQUAL. Pour la partie de la recherche concernant l'analyse d'implantation, l'échantillon de départ est constitué des 19 sites pilotes du projet HIVQUAL-Haïti (ancien nom du programme HEALTHQUAL-Haïti actuel). Des visites de terrain et l'analyse des documents ont été réalisées pour collecter des informations détaillées sur les sites du programme HEALTHQUAL. De ces 19 sites, quatre (4) sites ont été choisis pour l'étude de cas suite à des entrevues avec des acteurs clés.

La recherche a tenu compte de plusieurs niveaux : d'abord les professionnels de la santé et le personnel de santé qui travaillent dans les PACQ (Programme d'amélioration continue de la qualité) (niveau 1), les équipes d'amélioration de la qualité (niveau 2), le niveau organisationnel où se fait l'implantation des PACQ (niveau 3) et le système de santé (niveau 4).

La recherche a concerné la prise en charge ambulatoire des « personnes vivant avec le VIH » (PVVIH) dans les cliniques externes des sites du programme HEALTHQUAL-Haïti les plus anciens (cohorte entre 2008-2010). Mais vu le changement de stratégie du MSPP de HIVQUAL vers HEALTHQUAL, on a dû tenir compte du programme qualité dans toute sa globalité. Les sites sélectionnés sont les suivants :

- Hôpital universitaire la paix (HUP), hôpital public, situé à Port-Au-Prince et faisant partie du réseau UGP-CDC-PEPFAR
- Hôpital universitaire justinien (HUI), hôpital public, situé au Cap-Haïtien, faisant partie du réseau UGP-CDC-PEPFAR
- CDS La Fossette, centre de santé, établissement mixte, MSPP et ONG, faisant partie du réseau « projet Santé » et USAID, CMMB et EQUIP
- Hôpital Saint-Damien/nos petits frères et sœurs (NPFS), hôpital, supporté par une ONG, situé à Tabarre, Port-Au-Prince, faisant partie du réseau CMMB

Ainsi les établissements de santé sélectionnés pour les études de cas ont été soit des hôpitaux soit des centres de santé avec lits. Comme critère d'inclusion, le site choisi doit avoir adopté au préalable un PACQ et être en train de l'implanter depuis au moins un (1) an. Ceci est d'autant plus important que la recherche comporte un volet rétrospectif et un volet prospectif. Par ailleurs, le site choisi ne doit pas avoir été endommagé ou affecté par le tremblement de terre du 12 janvier 2010, qui a dévasté une bonne partie du pays. L'échantillon est constitué de quatre (4) sites qui ont été choisis par choix raisonné (on s'intéresse aux sites qui sont considérés comme de bons élèves dans le cadre du programme HEALTHQUAL-Haïti, c'est-à-dire ceux qui sont réputés pour avoir mis en œuvre les activités du projet HEALTHQUAL et qui ont de meilleurs résultats en tenant compte des indicateurs du projet HEALTHQUAL). Ce choix des meilleurs élèves a aidé à mieux investiguer comment et pourquoi dans un contexte particulier, ces sites ont

pu atteindre un degré d'implantation plus avancé que les autres et comment peut-on contourner les obstacles à la mise en œuvre. Il s'agit donc d'un échantillon non probabiliste.

En ce qui concerne la sélection des informateurs clés, le personnel de santé choisi pour fournir les informations travaille directement dans le PACQ, a une expérience avec les initiatives d'améliorations de la qualité ou fait partie d'une équipe de travail sur les initiatives d'amélioration de la qualité (niveau individuel et équipe). Au niveau organisationnel, des managers et les directeurs d'hôpitaux ou d'établissements de santé qui ont une expérience directe ou indirecte avec les initiatives d'amélioration de la qualité ont été inclus dans la population cible afin d'avoir une vision globale de la situation. Au niveau systémique, les personnes qui sont en position d'autorité et qui sont responsables de piloter le programme d'amélioration de la qualité tant au niveau départemental qu'au niveau national ont été ciblées : directeurs départementaux, membres du comité qualité au niveau départemental, membres du « core team » niveau national, représentants des réseaux et coaches du programme HEALTHQUAL.

Les individus participant dans les entrevues ont été choisis par choix raisonné et par la méthode boule de neige. 32 personnels de santé, des prestataires, managers et directeurs, qui travaillent directement dans les PAQ dans les sites sélectionnés, ont été choisis comme informateurs clés. On a aussi interviewé six (6) personnes qui représentent les partenaires, les responsables des ONG et du MSPP qui sont impliqués dans le PACQ, plus précisément les représentants du niveau départemental, les représentants du comité national HEALTHQUAL, les représentants de CDC et des ONG. En tout, un total de 38 personnes a été interviewées afin d'évaluer le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti. Les informateurs sont choisis par la méthode « boule de neige » (M. Patton, 2002) : les premières entrevues ont servi non seulement pour collecter des informations essentielles, mais aussi pour identifier d'autres informateurs clés qui ont une expérience dans les initiatives d'amélioration de la qualité (M. Patton, 2002), (Marshall & Rossman, 1989).

### **Collecte des données**

Pour l'analyse du degré de mise en œuvre, des entrevues dans les sites de recherche et une participation dans les évaluations organisationnelles ont été réalisées. En outre, les évaluations

organisationnelles pour les sites de recherche ont été collectées pour l'année 2012 (voir annexe 3 pour une description de l'outil d'évaluation organisationnelle). L'année 2012 peut être considérée comme l'année de référence pour comparer l'évolution du degré de mise en œuvre. Lors des discussions avec les évaluateurs externes, les scores d'évaluation n'ont pas trop bougé par rapport à l'année 2012. Au contraire, certains sites peinent à retrouver les scores antérieurs de l'année 2012 et les scores, au lieu de grimper, peuvent plus facilement dégringoler. Ce qui explique qu'une attention particulière a été portée aux évaluations organisationnelles de l'année de 2012 comme point de référence pour évaluer le degré de mise en œuvre. Des documents ont été consultés et des observations réalisées. Des données sur la perception subjective du personnel de santé sur l'évolution de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL de 2008 jusqu'à 2020 ont été collectées.

### **Analyse des données**

Dans un premier temps, une grille de synthèse et d'analyse (voir annexe 1) a été utilisée pour condenser les données collectées : entrevues, documents et observations. On a écouté les documents audio, lu et relu les documents écrits pour remplir la grille de synthèse et d'analyse. Cette première grille de synthèse et d'analyse a tenu compte des éléments du modèle logique du programme HEALTHQUAL-Haïti. Cette grille a évalué les éléments suivants :

- Les éléments du modèle de l'intervention
- Le degré de mise en œuvre (A)
- Facteurs facilitants ou inhibant (B) : Facteurs en amont de A (Pourquoi A) ; facteurs appartenant au modèle et facteurs de l'environnement.
- Mécanismes 1 (C) : Comment chaque B influence A et jusqu'à quel point.
- Conséquences (D) : Conséquences en aval de A ; quelles sont les conséquences de A sur des éléments du modèle et autres conséquences.
- Mécanismes 2 : Comment A influence d'autres éléments du modèle ou produits d'autres conséquences et jusqu'à quel point.

Par la suite, pour une approche plus systématique et rigoureuse, le logiciel « Atlas ti » a été employé pour une analyse déductive du degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-

Haïti. Suite à la sélection d'un sous ensemble de variables du modèle logique (voir tableau 3), un « codebook » (livre de code) a été élaboré (voir annexe 2). L'ensemble des données collectées dans les sites de recherche de 2016 à 2020 sont analysées afin d'évaluer le degré de mise en œuvre.

Pour les dimensions retenues, des mémos ont été élaborés tout au cours de l'analyse tenant compte des observations, des notes de terrain et des éléments de l'évaluation organisationnelle réalisée dans les sites (les évaluations de l'année 2012 servant comme évaluations de référence). Les dimensions retenues ont été classées par site de la façon suivante en fonction du niveau de mise en œuvre :

- Absence de mise en œuvre (niveau nul) : Score nul (zéro) (0)
- Mise en œuvre (niveau faible) : Score un (1)
- Mise en œuvre (niveau moyen) (niveau de base) : Score deux (2)
- Mise en œuvre (niveau entre moyen et élevé) (niveau intermédiaire) : Score trois (3)
- Mise en œuvre (niveau élevé) (haut niveau) : Score quatre (4)

On a tenu compte de l'évaluation organisationnelle de 2012 comme année de référence car c'est l'année où la plupart des sites ont obtenu les meilleurs scores dans le cadre du programme HEALTHQUAL.

Par ailleurs, pour chaque dimension, on a fourni des arguments qui corroborent le score donné au site par rapport à cette dimension. Puisqu'il s'agit d'une analyse qualitative, ces justifications ont tenu compte des évaluations organisationnelles, de l'observation réalisée dans le site par l'étudiant-chercheur et des entrevues réalisées et des documents consultés dans le site. Ce processus a été long et a consisté en une interrogation itérative des données et la confrontation des données avec l'interprétation émergente de l'étudiant-chercheur. Pour chaque cas, les différentes entrevues, documents, évaluations organisationnelles ont été passés en revue pour élaborer une compréhension unique du degré de mise en œuvre pour chaque cas. Des éléments se trouvant dans le journal de bord et les différents mémos élaborés en cours d'analyse ont été pris

en compte. L'étudiant-chercheur a aussi directement participé dans l'évaluation organisationnelle de HUI au cours de l'année 2018 et a procédé à des observations et pris de notes.

Les sites de la recherche ont été classés en fonction des critères précédents. Par la suite, chaque dimension peut avoir un score variant de zéro (0) à quatre (4). Puisque qu'on a douze (12) dimensions, chaque site a reçu un score total allant de 0 à 48 : 48 étant le plus haut niveau de mise en œuvre et zéro (0), une absence de mise en œuvre. Pour chaque site, on donne un score total qui reflète le degré de mise en œuvre pour le site. Par exemple, un site qui a un score total de 40 est considéré avec un degré de mise en œuvre élevé. Le tableau suivant (tableau 4) explique la relation entre le score total du site et le degré de mise en œuvre.

**Tableau 4. Relation entre le score total et le degré de mise en œuvre**

<b>Score total</b>	<b>Interprétation</b>
Score total de 0	Aucune mise en œuvre du programme HEALTHQUAL dans le site
Score total entre 0 de 12 (intervalle ouvert)	Mise en œuvre faible
Score total entre 12 et 24 (intervalle ouvert)	Mise en œuvre moyen
Score entre 24 et 36 (intervalle ouvert)	Mise en œuvre (niveau intermédiaire)
Score entre 36 et 48 (intervalle ouvert)	Mise en œuvre élevé

### **Aspect éthique**

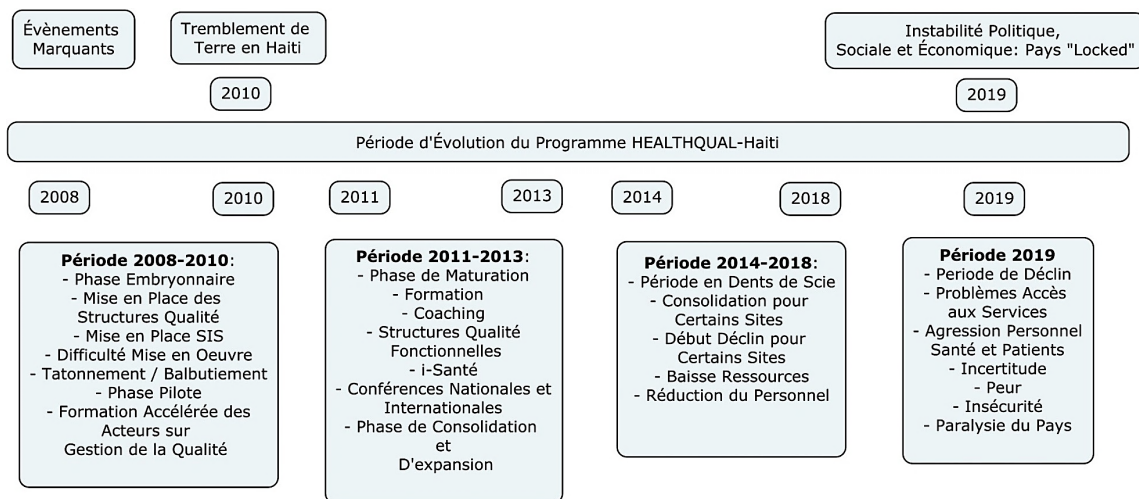
L'autorisation éthique du comité national bioéthique et recherche a été obtenue dans le cadre de cette étude. La participation des informateurs clés a été volontaire. Les objectifs de la recherche et les éléments du formulaire de consentement éclairé leur ont été expliqués. Leurs signatures avant la collecte des données ont été obtenues.

### **Résultats**

Les résultats seront présentés en fonction de chaque cas (chaque établissement de santé) : HUP, HUI, CDS La Fossette et l'hôpital Saint-Damien/nos petits frères et sœurs (NPFS). Pour chaque dimension, on va préciser le degré de mise en œuvre, fournir des éléments qui corroborent le niveau de mise en œuvre. Puis un score global pour chaque site sera présenté : score variant de 0 à 48. 48 étant le haut niveau de mise en œuvre pouvant être atteint.

Puis en 2012, on assiste à un renouveau dans le cadre du programme HEALTHQUAL ; et la période 2012 à 2015 peut être considérée comme l'apogée du programme HEALTHQUAL avec des équipes de coaching et de mentoring qui supportent les sites et la mise en œuvre accélérée du programme HEALTHQUAL en Haïti et la consolidation des acquis. Puis la période de 2015 à 2018, on commence à noter dans certains sites un déclin ou une stabilisation pour d'autres sites. L'année 2019, avec les troubles sociaux et politiques qu'a connues le pays, on a assisté à une régression ou une stagnation du programme HEALTHQUAL dans certains sites et un état de torpeur et d'hibernation dans d'autres sites qui, dans le temps, ont été considérés comme des modèles et ont eu un haut niveau de mise en œuvre. L'année 2019, on constate une régression plus ou moins accélérée dans tous les sites concernés dans le cadre de cette recherche (tous les cas à l'étude).

Comme on a codifié (dans le livre de code) la perception des participants sur l'évolution du programme HEALTHQUAL, cette section commence avec une figure (voir figure 2) qui synthétise la perception des acteurs sur l'évolution du programme HEALTHQUAL-Haïti, ses périodes de mise en œuvre accélérée, de stabilisation et de déclin.



**Figure 2. Période d'évolution du Programme HEALTHQUAL-Haïti**

Dans la section suivante, le degré de mise en œuvre dans la période allant de 2016 à 2019 sera présenté (voir tableau 5, 6, 7 et 8). La recherche n'a pas pu commencer en même temps dans tous



les sites : ceci explique pourquoi l'évolution de la mise en œuvre est présentée avec des périodes séparées pour les différents sites de la recherche.

<b>Tableau 5 : Degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité au niveau de HUP en 2016</b>		
<i>Dimensions</i>	<i>Degré de mise en œuvre</i>	<i>Justification</i>
1. Identification et mesure des besoins et attentes des patients / clients	Non mise en œuvre (niveau nul) Score : 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune enquête de satisfaction réalisée</li> <li>- Pas de processus formels en place pour identifier les besoins et attentes des patients</li> <li>- Aucune mesure pour réorganiser les services suite à des mesures des besoins des patients ou des enquêtes auprès des patients</li> <li>- Les inquiétudes du patient sont abordées si elles se présentent ; pas de structure en place destinée à recueillir ses doléances.</li> <li>-</li> </ul>
2. Implication des patients/clients	Mise en œuvre (niveau faible) Score : 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients ne font pas directement partie du comité qualité. Mais il existe une association de PVVIH à l'HUP. Avec le temps, on constate une implication de moins en moins forte de l'association des PVVIH.</li> <li>- Existence de club des adolescents et de club des enfants, mais pas de participation dans les prises de décision et la mise en œuvre de HEALTHQUAL.</li> <li>- Existence de « groupe de support » pour les PVVIH</li> <li>- Existence de club des mères</li> </ul>
3. Création de partenariat	Mise en œuvre (niveau moyen) Score : 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de collaboration avec les autres établissements de santé de la zone pour une meilleure prise en charge des PVVIH</li> <li>- Tentatives pour améliorer l'intégration du programme VIH avec les autres services de l'Hôpital</li> <li>- Réunion chaque mardi avec les chefs de service de l'HUJ afin de trouver des solutions ensemble</li> <li>- Collaboration avec le réseau UGP pour la mobilisation des ressources et les intrants</li> </ul>
4. Équipe multidisciplinaire / comité qualité	Mise en œuvre (niveau moyen) Score : 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche d'équipe utilisée régulièrement pour répondre aux défis complexes de qualité, les membres sont au courant de leurs rôles ; suivi continu des changements ; résultats partagés à travers toute l'agence ou affichés de manière apparente.</li> </ul>

5. Utilisation de méthodes scientifiques	Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score : 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel sur les méthodes d'amélioration de la qualité</li> <li>- Utilisation des outils d'amélioration de la qualité : diagramme de Pareto, logigramme, diagramme d'Ishikawa et brainstorming (remue-méninges)</li> </ul>
6. Gestion des processus	Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le processus de sélection et de détermination des priorités est structuré ; les projets se basent sur les données ; identification régulière des besoins du patient pour l'amélioration de la qualité ; la majorité du personnel est impliqué dans les projets d'amélioration de la qualité ; les résultats sont partagés avec l'ensemble du personnel en soins VIH ; développement efficace du processus d'amélioration de la qualité (AQ).</li> <li>- Programme pour améliorer la PTME : PTME n'a pas donné de bons résultats et on a fait des actions pour améliorer la PTME puis les enfants naissent sans le VIH (chaque mois on tire le rapport HEALTHQUAL pour identifier les failles puis à partir de là on peut apporter des améliorations)</li> <li>- Projet immunisation : problèmes de rupture des stocks en vaccins qui est en dehors des capacités d'action du site</li> <li>- Site universitaire : processus spécialisé suivi et protocole de prise en charge plus pointu</li> <li>- Amélioration de certains indicateurs qualité suite aux projets de qualité</li> </ul>
7. Gestion basée sur les faits	Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score : 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus annuel de révision des indicateurs cliniques sélectionnés au niveau interne ; les indicateurs sont clairement définis et compris par le personnel.</li> <li>- Le processus d'évaluation et de mesure de la performance est clairement défini ; les révisions des performances sont menées régulièrement pour un ensemble d'indicateurs développés de façon interne, au moins une fois par an, par la direction de l'organisation et des actions sont prises en fonction des résultats ; le personnel est formé en conséquence.</li> <li>- Système d'information complètement opérationnel pour suivre les soins apportés aux patients, suivre les éléments clés du programme VIH et rédiger des rapports utiles sur la qualité des soins à partir d'une base de données ou de dossiers médicaux électroniques.</li> </ul>
8. Coaching / Mentoring	Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coaching à l'externe / Système de mentoring avec ITECH a existé dans le temps</li> <li>- Coaches du réseau UGP fournissent une assistance technique</li> </ul>

<p>9. Implication du personnel</p>	<p>Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans le cas de HUP, la coordinatrice est assez ouverte et discute avec les employés sur la pertinence de leur implication et prennent en compte les feedbacks des employés pour orienter le programme HEALTHQUAL.</li> <li>- Pas de processus officiels en place pour impliquer tout le personnel en soins VIH dans des activités régulières de qualité ; pas de processus officiel pour la formation aux principes d'amélioration de la qualité (AQ) ; certains membres du personnel en soins VIH suivent des formations externes sur la qualité ; le personnel est au courant du plan de gestion de la qualité ; certains membres du personnel participent aux activités relatives aux projets d'amélioration de la qualité (AQ).</li> </ul>
<p>10. Implication du leadership / de la haute direction</p>	<p>Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La direction médicale de l'hôpital et la direction de l'hôpital ne sont pas vraiment impliquées dans la mise en œuvre et les activités d'amélioration de la qualité</li> <li>- Manque de support de la direction médicale</li> <li>- Forte implication de la coordonnatrice du programme VIH ce qui palie au manque d'implication de la direction médicale</li> </ul>
<p>11. Élaboration et mise en œuvre du plan de qualité</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le plan qualité existe, mais il se peut qu'il y ait des projets qualité qui ne font pas partie du plan qualité qui vont émerger au fur et à mesure que le personnel rencontre des problèmes ponctuels et aussi en fonction des exigences des partenaires et des bailleurs.</li> <li>- L'infrastructure de la qualité comprend un plan écrit passé en revue, actualisé chaque année et inclut tous les éléments essentiels ; le lien avec l'ensemble du programme qualitatif de l'établissement (s'il existe) est décrit ; le comité supervise et donne feed-back sur les projets d'amélioration de la qualité ; le personnel connaît le plan, il est fortement impliqué dans les processus de passage en revue et de mise à jour du plan sur la qualité.</li> </ul>

12. Évaluation du programme de la qualité	Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation par des équipes externes de l'évaluation organisationnelle</li> <li>- Pas d'évaluation organisationnelle à l'interne</li> <li>- La structure en place utilise des évaluations pour faciliter les planifications futures de qualité, y compris l'identification des opportunités d'amélioration ; les résultats des mesures de la performance passée sont utilisés dans la mise à jour du plan de travail, des objectifs annuels, et des délais ; le comité de la qualité ou le groupe de travail est activement impliqué dans le processus d'évaluation ; les évaluations sont utilisées lors de la révision annuelle de l'infrastructure de la qualité; les améliorations efficaces sont parfois appliquées à l'ensemble du système ; les résultats des évaluations sont utilisés pour planifier l'avenir ; la participation du personnel dans le programme de qualité est contrôlée.</li> </ul>
Score total	24 sur un total de 48	<b>En conclusion, le site HUP a un degré de mise en œuvre qui peut être classé entre faible et moyen en fonction d'une analyse qualitative des différentes variables retenues ou pour être plus optimiste une mise en œuvre pouvant être qualifiée de moyen</b>

### Degré de mise en œuvre au niveau de HUJ

<b>Tableau 6 : Degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité au niveau de HUJ en 2018</b>		
<i>Dimensions</i>	<i>Degré de mise en œuvre</i>	<i>Justification</i>
1. Identification et mesure des besoins et attentes des patients / clients	Non mise en œuvre (niveau nul) Score : 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune enquête de satisfaction</li> <li>- Tentative de mettre sur pied une boîte à suggestion avec l'Université de Miami ; pas de suivi avec UGP</li> <li>- Pas de prise en compte des attentes des patients dans l'amélioration des processus</li> </ul>
2. Implication des patients/clients	Mise en œuvre (niveau faible) Score : 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un patient dans le comité de qualité, mais et puis quoi ? La présence du patient dans le comité est la conséquence des pressions des partenaires externes.</li> </ul>
3. Création de partenariat	Mise en œuvre (niveau moyen) Score : 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le grand problème c'est un système de référence et de contre référence et de suivi des patients dans le système de soin /</li> <li>- Manque de coordination et de continuité des soins</li> </ul>

<p>4. Équipe multidisciplinaire / comité qualité</p>	<p>Mise en œuvre (niveau moyen) Score : 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le comité de qualité existe et fonctionne.</li> <li>- On observe aussi la présence de comités de projet qui travaillent de concert avec le comité qualité</li> <li>- Récemment suite à la crise socio-politique du pays et suite à la démotivation de certains membres des comités de projet, on observe un ralentissement de l'activité des équipes multidisciplinaires</li> </ul>
<p>5. Utilisation de méthodes scientifiques</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On a observé une utilisation effective des méthodes et outils d'amélioration de la qualité</li> <li>- Formation sur les méthodes d'amélioration de la qualité</li> </ul>
<p>6. Gestion des processus</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La gestion des processus se réalisent surtout au niveau du programme VIH et est dans la phase embryonnaire dans les autres services</li> <li>- On observe la présence de champion qui mobilise les équipes autour des problèmes de qualité et la recherche de solution. On observe des initiatives qualité pour améliorer les processus.</li> <li>- On assiste à des rencontres et des suivis entre le comité qualité et les comités de projet de qualité</li> </ul>
<p>7. Gestion basée sur les faits</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'équipe utilise un dossier médical électronique pour identifier les problèmes au niveau de leur performance et initier le processus d'amélioration</li> <li>- Le système électronique i-Santé facilite la collecte, l'analyse des données, la génération de rapport et la prise de décision basée sur les données</li> <li>- Tout est informatisé ; le système dossier papier n'existe pas dans la prise en charge des PVVIH au niveau de ce site ; mais le système dossier papier et système d'information manuel persiste dans les autres services : ce qui est un handicap pour développer un système de gestion basée sur les faits dans les autres services.</li> </ul>
<p>8. Coaching/Mentoring</p>	<p>Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un système de coaching externe et interne existe à l'HUJ. Les coaches du réseau UGP visite le site de façon irrégulière comparativement à d'autres sites ; mais on constate que les coaches à l'interne compensent et supportent l'équipe pour la mise en œuvre des projets de qualité et l'amélioration des systèmes</li> </ul>

9. Implication du personnel	Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le personnel s'implique, mais on constate beaucoup d'obstacles à la motivation du personnel : grèves à répétition, frustration face à l'incompréhension des leaders et le manque de ressources</li> <li>- Plusieurs propositions, faites par le niveau opérationnel, ne sont pas prises en compte par le niveau stratégique ; ce qui crée un sentiment de frustration chez certains membres des comités de projet de qualité.</li> </ul>
10. Implication du leadership/de la haute direction	Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le leadership est complexe au niveau de l'HUJ : Normalement on a la direction exécutive, la direction médicale, la coordination du site, le site manger. La coordination du site et le site manger s'impliquent à fond dans la gestion du programme HEALTHQUAL. Par contre, la direction médicale a l'intention d'étendre le programme qualité dans les autres services, mais c'est encore à l'état de rêve ; beaucoup de travail reste à faire pour une opérationnalisation effective de la stratégie qualité dans toute l'institution et pas seulement dans le service VIH.</li> </ul>
11. Élaboration et mise en œuvre du plan de qualité	Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les plans de qualité sont élaborés ; mais l'équipe se plaint que le contenu du plan est dicté par les bailleurs et par le niveau central ; ce qui crée des tensions lors de la mise en œuvre des plans de qualité</li> <li>- Suite à la démotivation de certains membres des équipes de projets, on observe un ralentissement dans la mise en œuvre des plans. Ceci est dû aussi au climat politique et l'insécurité qui règnent dans le pays.</li> </ul>
12. Évaluation du programme de la qualité	Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les évaluations organisationnelles se réalisent au moins une fois par an par la direction départementale du Nord</li> <li>- Les scores de qualité n'ont pas bougé pour les années 2018 et 2019 (score statique) : ceci est dû aux difficultés de passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL de façon efficace. Le programme d'amélioration de la qualité est très concentré dans le service VIH et pas dans les autres services de l'hôpital.</li> <li>- Au contraire on constate une régression des scores qualité par rapport à l'année 2012</li> </ul>
<b>Score total</b>	<b>24 sur un total de 48</b>	<b>En conclusion, le site HUJ a un degré de mise en œuvre qui peut être classé entre faible et moyen en fonction d'une analyse qualitative des différentes variables retenues ou pour être plus optimiste une mise en œuvre pouvant être qualifiée de moyen</b>

## Degré de mise en œuvre au niveau de CDS La Fossette

<b>Tableau 7 : Degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité au niveau de CDS La Fossette 2019</b>		
<i>Dimensions</i>	<i>Degré de mise en œuvre</i>	<i>Justification</i>
1. Identification et mesure des besoins et attentes des patients / clients	Mise en œuvre (niveau faible) Score : 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On constate qu'il y a des infirmières qui sont responsables pour collecter les doléances des patients à travers des boîtes à doléances et de suggestions. Les patients peuvent de façon anonyme faire leurs suggestions en toute quiétude d'esprit et le site manager est responsable, une infirmière, est responsable de collecter et d'analyser ces suggestions.</li> <li>- Les infirmières sont très motivées et croient dans la satisfaction des patients comme un élément fondamental du programme HEALTHQUAL</li> </ul>
2. Implication des patients/clients	Mise en œuvre (niveau faible) Score : 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients font partie du comité qualité suite à la demande des partenaires techniques et financiers.</li> <li>- Le patient qui fait partie du comité participe activement dans les prises de décisions</li> </ul>
3. Création de partenariat	Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le site est un centre de santé et pour bénéficier d'un plateau technique et faciliter certains suivis, les responsables ont établi des partenariats et une collaboration avec d'autres établissements de santé et des prestataires afin de donner des soins complémentaires</li> <li>- Le fait que le directeur médical de l'institution a de très bonnes relations avec d'autres prestataires dans le système de santé, cela facilite aussi le partenariat, la continuité et l'intégration des soins</li> <li>- Le centre de santé a pu aussi dans le cadre de la mise en œuvre de HEALTHQUAL établir plusieurs partenariats stratégiques qui facilitent la mise en œuvre : partenariat avec des ONG du réseau USAID</li> <li>- Partenariat avec EQUIP pour le suivi du programme de qualité au niveau institutionnel</li> <li>- Partenariat avec « projet Santé » (USAID)</li> <li>- Partenariat avec CDS</li> <li>- Partenariat avec la direction départementale du Nord et le MSPP, car l'établissement de santé est mixte : à la fois une ONG locale et sous l'obédience du MSPP</li> </ul>

<p>4. Équipe multidisciplinaire / comité qualité</p>	<p>Mise en œuvre (niveau moyen) Score : 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plusieurs disciplines sont représentées dans le comité qualité et les comités de projet : médecin, directeur médical, psychologue, travailleur social, technicien de laboratoire, pharmacien, infirmière</li> <li>- Les rôles et les responsabilités sont clairement définies</li> <li>- Réunions régulières du comité qualité et des comités de projets</li> <li>- Bonne communication et coordination au sein des équipes</li> <li>- Participation des clients dans le comité de qualité</li> <li>- Participation des agents de santé communautaire dans le comité qualité</li> </ul>
<p>5. Utilisation de méthodes scientifiques</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méthodes de résolution de problèmes</li> <li>- Cycle PDSA</li> <li>- Pareto</li> <li>- Ishikawa</li> <li>- Logigramme</li> <li>- Brainstorming</li> </ul>
<p>6. Gestion des processus</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des processus</li> <li>- Amélioration des systèmes</li> </ul>
<p>7. Gestion basée sur les faits</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation du dossier médicale électronique</li> <li>- Utilisation du dossier papier au cas où il y a des problèmes avec l'électricité ou l'internet</li> <li>- Analyse des données</li> <li>- Rapport</li> <li>- Prise de décision basée sur les données</li> <li>- Identification des priorités d'amélioration à partir des données collectées et analysées</li> <li>- Suivi des indicateurs de qualité</li> </ul>
<p>8. Coaching / Mentoring</p>	<p>Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des coaches sont spécifiquement dédiés aux sites et font un suivi régulier dans le cadre du programme HEALTHQUAL</li> <li>- Mais récemment avec le phénomène « pays locked » et l'insécurité dans le pays, on a constaté une diminution des visites de coaching et de mentoring (externe) (venant de Port-Au-Prince)</li> <li>- Cependant, le site dispose aussi de coaches qui sont basés dans le Département du Nord : avec le « projet Santé » et aussi avec les responsables techniques de CDS</li> <li>- CDS (Centre pour le Développement et la Santé) est une ONG locale qui apporte un appui au site en termes de coaching et d'appui technique</li> </ul>



9. Implication du personnel	Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation régulière du personnel sur la méthodologie HEALTHQUAL</li> <li>- Formation sur la qualité pour les nouveaux staffs</li> <li>- Les membres des comités de projets sont directement impliqués dans la mise en œuvre et le suivi des activités d'amélioration de la qualité et font le suivi avec le comité qualité</li> <li>- Présentation de l'évolution des projets qualité au personnel et au comité qualité</li> <li>- Feedback fourni sur les projets de qualité</li> <li>- Communication régulière sur l'évolution des projets de qualité</li> </ul>
10. Implication du leadership / de la haute direction	Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le directeur médical s'implique à fond dans le programme HEALTHQUAL et fait partie du comité de qualité</li> <li>- La direction médicale coordonne avec l'administration et le bureau de CDS pour la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL</li> <li>- La direction de l'institution et la direction de CDS sont intéressées au programme HEALTHQUAL et fournit des comptes aux bailleurs sur l'évolution du programme</li> <li>- Le directeur médical supporte directement les équipes de projets quand ils ont besoin d'aide et de support pour la mise en œuvre des projets qualité</li> </ul>
11. Élaboration et mise en œuvre du plan de qualité	Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les plans de qualité sont élaborés de concert avec le comité qualité, la direction médicale et les responsables des réseaux</li> <li>- Une fois le plan validé, des ressources sont disponibles pour les suivis nécessaires</li> <li>- Les plans sont exécutés et le niveau de performance monitoré</li> </ul>
12. Évaluation du programme de la qualité	Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le programme est évalué de façon formelle par la direction départementale du Nord au moins une fois par an.</li> <li>- Des évaluations informelles sont réalisées par CDS et les partenaires techniques et financiers</li> <li>- Évaluation : « Site Improvement through Monitoring System » (SIMS) avec USAID</li> </ul>
<b>Score total</b>	<b>28 sur un total de 48</b>	<b>En conclusion, le site CDS La Fossette a un degré de mise en œuvre qui peut être classé au niveau intermédiaire en fonction d'une analyse qualitative des différentes variables retenues.</b>

## Degré de mise en œuvre au niveau de l'Hôpital St Damien / NPFS

<b>Tableau 8 : Degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration continue de la qualité au niveau de l'Hôpital St Damien / NPFS en 2019 et 2020</b>		
<i>Dimensions</i>	<i>Degré de mise en œuvre</i>	<i>Justification</i>
1. Identification et mesure des besoins et attentes des patients/clients	Mise en œuvre (niveau faible) Score : 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On constate qu'au niveau de ce site les responsables ont pu mettre en place un système pour recueillir les préoccupations des patients et leurs attentes. On choisit des groupes de patients afin de recueillir leurs points de vue sur la prise en charge et les points à améliorer</li> </ul>
2. Implication des patients/clients	Mise en œuvre (niveau faible) Score : 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients jouent un rôle plus déterminant dans les comités qualité : analyse des données collectées avec les patients</li> <li>- L'information recueillie grâce aux activités mentionnées ci-dessus est documentée, évaluée et utilisée pour piloter des projets d'AQ et établir des priorités d'amélioration.</li> </ul>
3. Création de partenariat	Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaboration/Partenariat entre service (Sous le leadership de la directrice médicale)</li> <li>- Collaboration/Partenariat en dehors de l'établissement (sous le leadership de CMMB et des responsables de NPFS)</li> <li>- Établissement de partenariat et de collaboration avec les autres services ou départements au sein de l'établissement de santé pour améliorer la qualité des soins et la mise en œuvre du PAQ</li> <li>- Établissement de partenariat et de collaboration avec d'autres établissements de santé, la communauté et autres organisations pour améliorer la qualité des soins pour les patients et la mise en œuvre du programme</li> <li>- Relation avec les organisations sanitaires de référence ou les organisations du réseau</li> <li>- La relation avec les ONG qui collaborent avec l'hôpital</li> <li>- Organisation de la chaîne d'approvisionnement, la logistique pour fournir des services et pour supporter les processus dans l'atteinte des objectifs organisationnels</li> <li>- Coordination des soins et la continuité des soins</li> </ul>

<p>4. Équipe multidisciplinaire/comité de qualité</p>	<p>Mise en œuvre (niveau moyen) Score : 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A défini les rôles et les responsabilités telles que codifiées dans le plan qualité</li> <li>- A pleinement engagé cadres supérieurs et ces derniers dirigent des discussions au cours des réunions du comité.</li> <li>- Communique efficacement les activités, les résultats annuels des objectifs de performance et les progrès des initiatives d'amélioration à tous les intervenants, y compris le personnel, les consommateurs et les membres du conseil d'administration.</li> </ul>
<p>5. Utilisation de méthodes scientifiques</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation du cycle PDSA, diagramme de Pareto, diagramme d'Ishikawa, du logigramme, brainstorming</li> </ul>
<p>6. Gestion des processus</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correspondent à un processus structuré pour la hiérarchisation basée sur l'analyse des données de performance et d'autres facteurs.</li> <li>- Sont mises en œuvre par les équipes de projet. En outre, les médecins et le personnel peuvent identifier une opportunité d'amélioration à tout moment et suggérer la création d'une équipe AQ pour y remédier.</li> <li>- Utilisent de manière cohérente et systématique utilise des processus robustes d'amélioration et des équipes pluridisciplinaires pour identifier les causes réelles de la variation et appliquer des solutions durables</li> <li>- Communication avec comité qualité et patients</li> </ul>
<p>7. Gestion basée sur les faits</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les données de performance sont répertoriées, analysées et étudiée avec la fréquence nécessaire pour identifier les domaines nécessitant une amélioration.</li> <li>- L'institution a pu soumettre son rapport HEALTHQUAL complet et valide dans le plus récent cycle de données.</li> <li>- Les personnels clés du programme de gestion de la qualité ont bénéficié d'une formation sur l'analyse et le suivi de la qualité des données avec l'EMR ou "Electronic Medical Record."</li> <li>- Les données longitudinales des soins fournis à tous les patients sont saisies en temps réel (Point of care) par les prestataires de soins et services (Médecins, infirmière, etc.) au niveau du dossier médical électronique</li> <li>- Les prestataires de soins peuvent générer eux-mêmes le rapport HEALTHQUAL à partir de l'EMR en utilisation dans l'institution.</li> <li>-</li> </ul>

<p>8. Coaching/Mentoring</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprentissage par les pairs</li> <li>- Support à l'externe par des coaches du réseau ou du niveau national ou du « core team »</li> <li>- Support coaches réseau CMMB (Catholic Medical Mission Board)</li> <li>- Support à l'interne par les coaches locaux dans l'établissement de santé / support du directeur médical de l'hôpital Saint-Damien</li> <li>- Encadrement et supervision régulières pour la performance du site</li> <li>- Focus sur l'atteinte des objectifs organisationnels et l'amélioration des processus</li> <li>- Aide l'équipe du site à faire face aux défis et problèmes rencontrés dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL</li> <li>- Confiance mutuelle</li> <li>- Visites régulières des coaches dans les sites : plusieurs fois par mois</li> <li>- Temps et ressources consacrées par les coaches pour le succès du PAQ (adéquats)</li> </ul>
<p>9. Implication du personnel</p>	<p>Mise en œuvre (niveau moyen) Score 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel motivé et impliqué dans le cadre de la qualité et d'amélioration continue</li> <li>- Participation des employés clés à l'identification des problèmes d'AQ, l'élaboration de stratégies d'amélioration et les stratégies d'exécution.</li> <li>- Formation régulière et continue en méthodologie d'amélioration de la qualité (AQ).</li> <li>- Le leadership encourage tous les employés à faire les changements nécessaires et améliorer les systèmes pour une amélioration durable, y compris les données nécessaires pour appuyer les décisions</li> <li>- Le directeur de l'établissement est un ancien membre du comité qualité</li> <li>- Implique des discussions formelles et informelles où le travail d'équipe est ouvertement encouragé et le leadership façonne les comportements en ce sens.</li> <li>- Le réseau CMMB organise régulièrement pour les établissements de son réseau des conférences sur la qualité et des partages d'expérience</li> </ul>

<p>10. Implication du leadership/de la haute direction</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La directrice exécutive de l'établissement de santé est une ancienne membre du comité de qualité et supporte les équipes de qualité et de projet</li> <li>- La direction est activement engagée dans la mise en œuvre d'une culture d'amélioration de la qualité à travers le programme, y compris la fourniture de ressources pour la participation du personnel à des opportunités d'apprentissage en amélioration de la qualité, des séminaires, à des conférences</li> <li>- Le leadership encourage la communication ouverte grâce à des réunions régulières d'équipe et l'allocation de beaucoup plus de temps pour les réactions du personnel.</li> <li>- La direction et les leaders sont engagés régulièrement et systématiquement dans la planification et l'évaluation du programme HEALTHQUAL</li> <li>- La direction relie les activités d'amélioration de la qualité directement aux plans stratégiques et initiatives institutionnels</li> </ul>
<p>11. Élaboration et mise en œuvre du plan de qualité</p>	<p>Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le plan de qualité été mis en œuvre et est utilisé régulièrement par le comité de la qualité pour diriger le programme de qualité.</li> <li>- Le plan comprend des objectifs annuels déterminés sur la base d'indicateurs de performance internes et les exigences externes grâce à l'engagement du comité de la qualité et du personnel.</li> <li>- Il comprend un plan de travail / calendrier décrivant les principales activités en place et est couramment utilisé pour suivre les progrès des mesures de performance et les initiatives d'amélioration, et est modifié au besoin pour atteindre les objectifs annuels.</li> <li>- Le plan est régulièrement communiqué à la plupart des intervenants, y compris le personnel, les patients, les membres du conseil d'administration</li> <li>- Il est évalué annuellement par le comité de la qualité afin de s'assurer que les besoins de toutes les parties prenantes soient respectés et que les changements dans les soins de santé et l'environnement réglementaire sont évalués pour s'assurer que le programme répond aux besoins changeants des patients.</li> </ul>

12. Évaluation du programme de la qualité	Mise en œuvre (niveau intermédiaire) Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le plan de qualité été mis en œuvre et est utilisé régulièrement par le comité de la qualité pour diriger le programme de qualité.</li> <li>- Évaluation à l'interne au moins une fois par an</li> <li>- Évaluation externe au moins une fois par an</li> <li>- Les résultats de cette évaluation sont utilisés pour réviser et mettre à jour le plan de la qualité annuel, ajuster les priorités des programmes de santé, et d'identifier les lacunes dans ces programmes.</li> <li>- On fait une analyse des progrès vers les buts et objectifs et les réussites et les réalisations du programme d'AQ.</li> <li>- L'évaluation organisationnelle sert à guider les efforts de qualité à venir.</li> </ul>
Score total	32 sur un total de 48	<b>En conclusion, le site NPFS a un degré de mise en œuvre qui peut être classé entre moyen et élevé (niveau intermédiaire) en fonction d'une analyse qualitative des différentes variables retenues.</b>

## Discussion

Les résultats sur les éléments mis en œuvre dans le cadre du programme HEALTHQUAL-Haïti corroborent le cadre conceptuel de Hackman (Hackman & Wageman, 1995). De plus, le cadre conceptuel ajoute des éléments qui enrichissent le modèle de Hackman comme l'aspect coaching et mentoring, l'évaluation du programme de qualité et l'implication du leadership qui ne font pas partie explicite du modèle de Hackman.

De plus, un élément commun à l'ensemble des cas étudiés dans le contexte haïtien a été trouvé, leurs difficultés pour impliquer les patients dans le cadre du programme HEALTHQUAL-Haïti. Plus de recherche serait nécessaire pour comprendre comment l'hôpital Saint-Damien a pu impliquer dans un degré plus large que les autres sites les patients et a pu prendre en compte leurs attentes et besoins. CDS La Fossette a pu aussi impliquer les patients dans le comité qualité et les utiliser comme patients experts ou patientes expertes ; ceci a été surtout possible grâce à des facteurs externes et des exigences de la part d'acteurs puissants du réseau qui supportent CDS, car le centre de santé « la Fossette » étant un établissement mixte, sous l'obédience du MSPP, est surtout géré par une ONG locale, le centre pour le développement et la Santé (CDS).

Dans l'ensemble, les observations de 2012 à 2020 de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL montrent une évolution en dents de scie. Aucun établissement n'a pu garder un degré de mise en œuvre élevé et constant durant cette période d'observation de 2012 à 2020. En général, 2012 à 2015 peut être considéré comme l'âge d'Or du programme HEALTHQUAL, entre 2015 et 2018, on constate un déclin et en 2019 c'est la mort apparente pour certains sites quoique le programme HEALTHQUAL soit toujours en vie, car en 2019, on observe la stagnation du programme HEALTHQUAL-Haïti. Mais cela peut se comprendre par le fait que l'année 2019 a été particulièrement dure et catastrophique pour le système de santé haïtien. Les troubles politiques et sociales ont eu des impacts négatifs sur le programme HEALTHQUAL-Haïti. Tous les efforts antérieurs réalisés pour augmenter le degré de mise en œuvre ont été perdus du jour au lendemain par le phénomène, communément appelé, « pays locked » (pays bloqués). Ce phénomène de « pays locked » a été caractérisé par le blocage des routes, les agressions sur les ambulances et du personnel de santé, la violence sur la population civile par des groupes armés, la paralysie des activités sociales et économiques du pays.

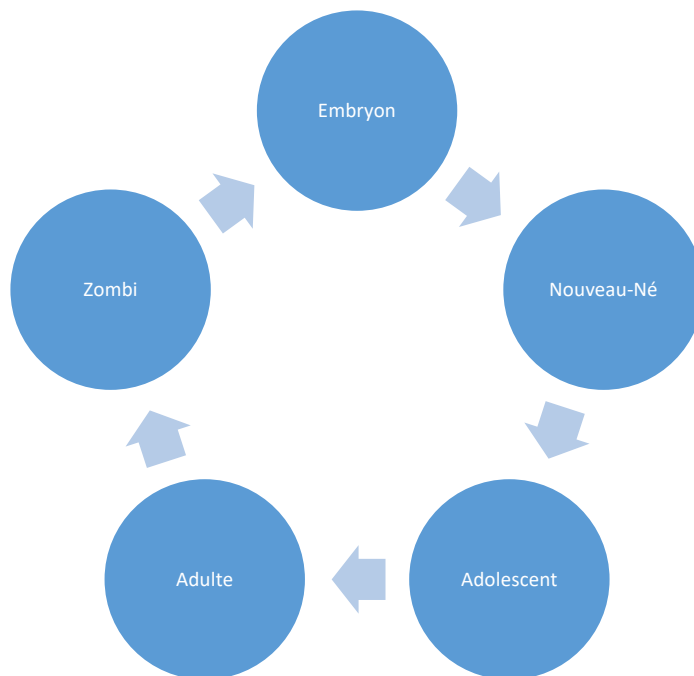
Suite à ce constat, on peut schématiser la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL comme un cycle de vie d'un être humain dans le contexte haïtien (voir figure 3) : lors de la conception d'un être humain, on devient un embryon, puis un fœtus puis on passe par le stade de nouveau-né après l'accouchement. Par la suite, on passe par la phase d'adolescence, puis d'adulte et dans le contexte haïtien, on peut aussi devenir zombi (une phase de mort apparente avec ralentissement des signes vitaux, mais la personne est toujours en vie).

Plusieurs auteurs ont publié sur les cycles de vie et les facteurs qui expliquent les cycles de vie organisationnels (Hanks & al, 1994), (Kimberly & Miles, 1980), (Adizes, 1989).

Plusieurs construits supportent l'approche cycle de vie (Galbraith, 1982), (Kimberly & Miles, 1980). Chaque cycle de vie consiste en une configuration spécifique de variables en lien avec le contexte organisationnel et la structure organisationnelle (Miller & Friesen, 1984), (Churchill & Lewis, 1983).

En fonction de ces configurations organisationnelles, on peut avoir plusieurs stades de croissance organisationnelle. Une revue de littérature par Miller a classé le cycle de vie organisationnel en cinq stades : naissance, croissance, maturité, renaissance et déclin (Miller & Friesen, 1984). D'autres auteurs insistent sur les éléments qui mènent vers la maturation et les problèmes qui mènent vers la mort organisationnelle (Adizes, 1989). Les transitions entre les stades peuvent être précédées de crises (Scott & Bruce, 1987).

La figure 3 montre ce cycle de vie qu'on peut extrapoler à la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti.



**Figure 3. Cycle de vie du programme HEALTHQUAL-Haïti en fonction du temps**

Donc, la mise en œuvre des PAQ n'est pas figée dans le temps, mais peut évoluer le long d'un continuum. Ceci dit, le modèle qu'on propose n'est pas linéaire, on peut par exemple passer de la phase adulte à la phase d'adolescent ; tout comme on peut passer de la phase zombi à la phase embryon et devenir nouveau-né puis adolescent et adulte. On peut aussi sauter des étapes : comme passer de la phase zombi à la phase « adolescent » ou « adulte ».



Par ailleurs, les résultats corroborent la plupart des écrits scientifiques qui relatent le faible degré de mise en œuvre des initiatives de la qualité (Grol, et al., 2007), (Lozeau, 2006). Les pays riches comme les pays à ressources limitées peinent pour mettre en œuvre et institutionnaliser les programmes d'amélioration de la qualité au niveau des établissements de santé. Une étude réalisée aux États-Unis en 2010 a montré qu'au moins un quart des institutions qui doivent adopter et mettre en œuvre des initiatives qualité n'ont pas pu initier et mettre en œuvre les programmes de qualité (Luo, 2015).

## **Conclusion**

Le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL a été apprécié pour les quatre cas à l'étude : HUP, HUI, CDS La Fossette et l'hôpital Saint-Damien/nos petits frères et sœurs (NPFS). Les résultats montrent que la période 2008-2010 a été la période de tâtonnement du programme HEALTHQUAL. Dans les sites étudiés le programme de qualité a connu une phase de maturation entre 2011 et 2013. Puis de 2014 à nos jours, en fonction du contexte et de la situation politique et sécuritaire du pays, on observe une évolution en dents de scie.

Une appréciation qualitative des douze dimensions suivantes a servi de repère pour porter un jugement sur le degré de mise en œuvre :

- Identification et mesure des besoins et attentes des patients
- Implication des patients
- Création de partenariat
- Équipe multidisciplinaire (comité qualité)
- Utilisation de méthodes scientifiques
- Gestion des processus
- Gestion basée sur les faits
- Coaching / Mentoring
- Implication du personnel
- Implication du leadership (de la haute direction)
- Élaboration et mise en œuvre du plan de qualité

- Évaluation du programme de la qualité

Les résultats montrent que le site HUP a eu un degré de mise en œuvre qui peut être classé de moyen ; HUIJ entre faible et moyen ; CDS La Fossette entre moyen et élevé et NPFS entre moyen et élevé. Les résultats montrent que tous les sites luttent et ont des défis lors de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Comme un être humain le programme HEALTHQUAL suit un cycle de vie : d'abord le stade de conception, puis le stade embryonnaire, la naissance, l'enfance, l'adolescence et la phase d'adulte. Mais de temps à autre pour diverses raisons, le programme HEALTHQUAL peut entrer dans une phase d'hibernation ou pour parler du contexte haïtien, une phase de zombification (ni mort ni vivant).

Plus de recherche est nécessaire pour mieux comprendre le degré de mise en œuvre et les facteurs qui influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL en Haïti.

## Références

- Adizes, I. (1989). *Corporate lifecycles: How and why corporations grow and die and what to do about it*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Adizes, I. (2004). Managing corporate lifecycles. *The Adizes Institute Publishing*.
- Baldrige National Quality Program. (2009). 2009-2010 Health Care Criteria for Performance Excellence, the Baldrige National Quality Program at the National Institute of Standards and Technology in Gaithersburg, MD.
- Churchill, N., & Lewis, V. (1983). The five stages of small business growth. *Harvard Business Review*, 61(3), 30–50.
- DeJong, D. J. (2009). Quality improvement using the Baldrige Criteria for Organizational Performance Excellence. *American Journal of Health-System Pharmacy*.  
<https://doi.org/10.2146/ajhp080450>
- Duarte, N. T., Goodson, J. R., & Arnold, E. W. (2013). Performance management excellence among the Malcolm Baldrige National Quality Award winners in health care. *Health Care Manager*. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3182a9d704>
- Ford, M. W., & Evans, J. R. (2001). Baldrige Assessment and Organizational Learning: The Need for Change Management. *Quality Management Journal*.  
<https://doi.org/10.1080/10686967.2001.11918963>
- Galbraith, J. (1982). The stages of growth. *Journal of Business Strategy*, 3(4), 70–79.
- Goldstein, S. M., & Schweikhart, S. B. (2002). Empirical Support for the Baldrige Award Framework in U.S Hospitals. *Health Care Management Review*, 27(1), 62-75.
- Hackman, J. R., & Wageman, R. (1995). Total quality management: Empirical, conceptual, and practical issues. *Administrative Science Quarterly*, 40, 309-342.
- Hanks, S. H., Watson, C. J., Jansen, E., & Chandler, G. N. (1994). Tightening the Life-Cycle Construct: A Taxonomic Study of Growth Stage Configurations in High-Technology Organizations. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 18(2), 5–29. <https://doi.org/10.1177/104225879401800201>
- Heiskanen, E. (2002). The institutional logic of life cycle thinking. *Journal of Cleaner Production*. [https://doi.org/10.1016/S0959-6526\(02\)00014-8](https://doi.org/10.1016/S0959-6526(02)00014-8)
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century*. Washington: National Academy Press.

- Koberg, C. S., Uhlenbruck, N., & Sarason, Y. (1996). Facilitators of organizational innovation: The role of life-cycle stage. *Journal of Business Venturing*. [https://doi.org/10.1016/0883-9026\(95\)00107-7](https://doi.org/10.1016/0883-9026(95)00107-7)
- Kimberly, J. R., & Miles, R. H. (1980). *The organization life cycle*. San Francisco: Jossey-Bass. [Google Scholar](#)
- Lewis, V. L., & Churchill, N. C. (1983). The Five Stages of Small Business Growth. *Harvard Business Review*. [https://doi.org/10.1016/0024-6301\(87\)90071-9](https://doi.org/10.1016/0024-6301(87)90071-9)
- Lide, D. R. (2018). Baldrige Criteria for Performance Excellence. In *A Century of Excellence in MEASUREMENTS, STANDARDS, and TECHNOLOGY*. <https://doi.org/10.1201/9781351069397-97>
- Luo, H., Sotnikov, S., McLees, A., & Stokes, S. (2015). Factors Driving the Adoption of Quality Improvement Initiatives in Local Health Departments: Results From the 2010 Profile Study. *J Public Health Manag Pract*, 21(2): 176–185.
- Miller, D., & Friesen, P. H. (1980). A longitudinal study of the corporate life cycle. *Management Science*. <https://doi.org/10.1287/mnsc.30.10.1161>
- Miller, D., & Friesen, P. H. (1984). A longitudinal study of the corporate life cycle. *Management Science*, 30(10), 1161–1183. [Google Scholar](#) | [ISI](#)
- O'Connor, T., & Byrne, J. (2015). Governance and the corporate life-cycle. *International Journal of Managerial Finance*. <https://doi.org/10.1108/IJMF-03-2013-0033>
- Pledger, R. (1981). The Organizational Life Cycle: Issues in the Creation, Transformation, and Decline of Organizations. *Academy of Management Review*. <https://doi.org/10.5465/amr.1981.4285809>
- Schulinkamp, R. C., & Latham, J. R. (2015). Healthcare performance excellence: A comparison of Baldrige Award recipients and competitors. *Quality Management Journal*. <https://doi.org/10.1080/10686967.2015.11918438>
- Scott, M., & Bruce, R. (1987). Five stages of growth in small business. *Long Range Planning*. [https://doi.org/10.1016/0024-6301\(87\)90071-9](https://doi.org/10.1016/0024-6301(87)90071-9)
- Steinmetz, L. L. (1969). Critical stages of small business growth. When they occur and how to survive them. *Business Horizons*. [https://doi.org/10.1016/0007-6813\(69\)90107-4](https://doi.org/10.1016/0007-6813(69)90107-4)
- Sternberg, R., & Wennekers, S. (2005). Determinants and effects of new business creation using global entrepreneurship monitor data. *Small Business Economics*. <https://doi.org/10.1007/s11187-005-1974-z>

Virginia, L., & Neil C., C. (1987). The Five Stages of Small Business Growth. *Harvard Business Review*.

## Annexe

### Annexe 1. Grille d'analyse (vierge).

#### Question de recherche :

- Apprécier le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-HAÏTI

**Tableau 1. Synthèse des données collectées en fonction des concepts du modèle logique**

<b>Éléments du modèle de l'intervention</b>	<b>A) Degré de mise en œuvre ou d'effet</b>	<b>B) Facteurs facilitants ou inhibants (en amont de A : pourquoi A ?) - Facteurs appartenant au modèle - Facteurs de l'environnement</b>	<b>C) Mécanismes 1 (comment chaque B influence A et jusqu'à quel point)</b>	<b>D) Conséquences (en aval de A : quelles sont les conséquences de A) - sur des éléments du modèle - autres conséquences</b>	<b>E) Mécanismes 2 (comment A influence d'autres éléments du modèle ou produit d'autres conséquences et jusqu'à quel point)</b>
1.0					
1.1 National QI Committee					
1.2 Core Team					
1.3 Coaching Team					
1.4 HQ International					
1.5 HIS					
1.6 Quality Infrastructure					
1.7 Committees: Departmental Quality Committee/ Quality Committee (Site)/ Project Quality Committee					
1.8 Core Team– Coaching Team					
1.9 Partner Organizations/Stakeholders					
2.0					

<b>Éléments du modèle de l'intervention</b>	<b>A) Degré de mise en œuvre ou d'effet</b>	<b>B) Facteurs facilitateurs ou inhibants (en amont de A : pourquoi A ?) - Facteurs appartenant au modèle - Facteurs de l'environnement</b>	<b>C) Mécanismes 1 (comment chaque B influence A et jusqu'à quel point)</b>	<b>D) Conséquences (en aval de A : quelles sont les conséquences de A) - sur des éléments du modèle - autres conséquences</b>	<b>E) Mécanismes 2 (comment A influence d'autres éléments du modèle ou produit d'autres conséquences et jusqu'à quel point)</b>
2.1 Coaching/Peers' Learning					
2.2 HIS Clinic					
2.3 QI Performance					
2.4 Staff Involvement					
2.5 Patient Involvement					
2.6 Strategic Plan Organization					
2.7 Quality Improvement Plan					
2.8 Quality Improvement Projects					
2.9 Direction Involvement/Support					
2.10 Evaluation					
2.11 Incentive					
3.1 Strategic Planning					
3.2 Training					
3.3 Performance Measurement					
3.4 Ying–Yang					
3.5 Quality Improvement Activities					
3.6 Supervision/Support					
3.7 System Strengthening / Process Analysis					
3.8 Organizational Evaluation					
3.9 Biannual Meeting					
3.10 Best Practices					

<b>Éléments du modèle de l'intervention</b>	<b>A) Degré de mise en œuvre ou d'effet</b>	<b>B) Facteurs facilitateurs ou inhibants (en amont de A : pourquoi A ?) - Facteurs appartenant au modèle - Facteurs de l'environnement</b>	<b>C) Mécanismes 1 (comment chaque B influence A et jusqu'à quel point)</b>	<b>D) Conséquences (en aval de A : quelles sont les conséquences de A) - sur des éléments du modèle - autres conséquences</b>	<b>E) Mécanismes 2 (comment A influence d'autres éléments du modèle ou produit d'autres conséquences et jusqu'à quel point)</b>
Contest					
4.1 Competence Development/Improvement					
4.2 Utilization of CQI Tools					
4.3 Process Analysis					
4.4.5 Multidisciplinary Teamwork					
4.4 Leadership					
4.4.1 Innovative Approaches					
4.4.1.1 Experiential Learning					
4.4.2 Increase in Trust					
4.4.2.2 Diminution of Fear					
4.4.2.3 Decrease Resistance to Change					
4.4.2.4 Gradual Change					
4.5 Institutionalization Change					
4.6 Link Health Facilities–Communities					
4.4.3 Resources Mobilization					
4.4.4 Accountability					
4.7 Improvement of Quality Culture					
4.8 System Improvement					
4.9 CQI Philosophy					



<b>Éléments du modèle de l'intervention</b>	<b>A) Degré de mise en œuvre ou d'effet</b>	<b>B) Facteurs facilitateurs ou inhibants (en amont de A : pourquoi A ?) - Facteurs appartenant au modèle - Facteurs de l'environnement</b>	<b>C) Mécanismes 1 (comment chaque B influence A et jusqu'à quel point)</b>	<b>D) Conséquences (en aval de A : quelles sont les conséquences de A) - sur des éléments du modèle - autres conséquences</b>	<b>E) Mécanismes 2 (comment A influence d'autres éléments du modèle ou produit d'autres conséquences et jusqu'à quel point)</b>
4.10 Improvement of Organizational Learning					
4.11 Improvement Working Environment/System Structure					
4.12 Employee Motivation					
5.1 Common Vision					
5.2 Best Collaboration					
5.3 Quality					
5.3.1 Accessibility					
5.3.2 Integration					
5.3.3 Relevance Care					
5.3.4 Productivity/Intensity					
5.3.5 Technical Interpersonal Environmental Quality					
5.4 Elimination/Decrease of Waste					
5.5 Problems Prevention					
5.6 Employee Satisfaction with Work					
6.1 Improved Performance					
6.1.1 Results/Indicators Improved					
6.1.2 Care Services					

<b>Éléments du modèle de l'intervention</b>	<b>A) Degré de mise en œuvre ou d'effet</b>	<b>B) Facteurs facilitateurs ou inhibants (en amont de A : pourquoi A ?) - Facteurs appartenant au modèle - Facteurs de l'environnement</b>	<b>C) Mécanismes 1 (comment chaque B influence A et jusqu'à quel point)</b>	<b>D) Conséquences (en aval de A : quelles sont les conséquences de A) - sur des éléments du modèle - autres conséquences</b>	<b>E) Mécanismes 2 (comment A influence d'autres éléments du modèle ou produit d'autres conséquences et jusqu'à quel point)</b>
Improved					
6.2 Effectiveness					
6.3 Improve Patient Experience					
6.4 Patient Satisfaction Increased					
7.1 Reduction of Mortality					
7.2 Improved Health Status					
7.3 Costs Reduction					
7.4 Equity					
7.5 Efficiency					

## Annexe 2. Codebook (livre de code) utilisé pour évaluer le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL avec le logiciel Atlas ti

Question de recherche : Apprécier le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti

Famille de Code dans le cadre de cette recherche :

A. Élaboration Modèle Logique (EML)

B. Degré de Mise en Œuvre (DME)

### Annexe 2 concerne seulement les codes qui sont liés à la famille de code B (Degré de Mise en Œuvre)

Famille de Code (B) : Degré de Mise en Œuvre Codes	Définition
1. DME-Attentes	Tout ce qui concerne l'identification et la mesure des besoins et attentes des patients / clients et leur intégration dans le processus d'amélioration de la qualité des soins
2. DME-Implication-Patients	Tout ce qui concerne l'implication des patients/clients et leur participation active dans les comités de qualité, comité de projets et le processus d'amélioration de la qualité des soins et du programme HEALTHQUAL.
3. DME-Partenariat	Tout ce qui concerne la création de partenariat à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement pour améliorer la qualité des soins et la mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité
4. DME-Équipe Multidisciplinaire	L'existence et la fonctionnalité d'équipe multidisciplinaire / la formation et la fonctionnalité du comité qualité pour améliorer les processus et les systèmes
5. DME-Méthodes CQI	Tout ce qui concerne l'utilisation de méthodes scientifiques et des méthodes d'amélioration continue de la qualité comme le diagramme d'Ishikawa, le diagramme de Pareto, le logigramme et le brainstorming
6. DME-Gestion-Processus	Tout ce qui concerne les activités et les initiatives d'amélioration continue de la qualité pour identifier les problèmes de qualité, tester des solutions et améliorer les processus et les systèmes de soins.
7. DME-Faits-Données	Fait référence à l'utilisation systématique des données pour la prise de décision et l'amélioration de la qualité. C'est une gestion basée sur les faits.
8. DME-Coaching	Tout ce qui concerne les activités et les stratégies de Coaching / Mentoring et les supports et accompagnement reçu pour la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL
9. DME-Implication-Personnel	Fait référence à l'Implication du personnel, des prestataires cliniques et non cliniques dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du programme HEALTHQUAL
10. DME-Implication-leadership	Concerne l'implication du leadership à différents niveaux et de la haute direction dans la planification et la mise en œuvre et l'évaluation du programme HEALTHQUAL
11. DME-Plan-Qualité	Éléments qui concernent l'élaboration et mise en œuvre du plan de qualité
12. DME-Évaluation-HEALTHQUAL	Tout ce qui concerne l'évaluation du programme qualité et l'intégration de l'évaluation dans le processus d'amélioration continue de la qualité
13. DME-Perception-Positive-Évolution-	Tout ce qui concerne les perceptions positives sur l'évolution

HEALTHQUAL	du programme HEALTHQUAL et les périodes de mise en œuvre optimale du programme HEALTHQUAL
14. DME-Perception-Négative-Évolution-HEALTHQUAL	Tout ce qui concerne les perceptions négatives sur l'évolution du programme HEALTHQUAL et de mise en œuvre sous-optimal ou non-satisfaisante du programme HEALTHQUAL et les périodes de stagnation ou de recul du programme HEALTHQUAL

### **Annexe 3. Brève présentation de l'outil d'évaluation organisationnelle du programme HEALTHQUAL**

Le but de l'évaluation organisationnelle est d'évaluer de façon rigoureuse la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti en se servant d'un outil, appelé évaluation organisationnelle. L'évaluation organisationnelle vise à donner un feedback au personnel de l'établissement de santé afin de faire le point sur les forces et les points à améliorer dans le cadre du programme HEALTHQUAL-Haïti. Des activités d'amélioration durable nécessitent une attention au programme d'amélioration de la qualité (PAQ) de l'organisation, dans laquelle les structures, les processus et les fonctions soutiennent les activités de mesure de la performance et d'amélioration de la qualité des soins en faveur des patients. L'évaluation organisationnelle porte sur les éléments suivants :

- Gestion de la qualité (évaluation de l'infrastructure qualité de l'institution en appréciant les aspects suivants : le leadership, le plan qualité et le comité qualité)
- Engagement du personnel (évaluer la sensibilité, l'intérêt et l'engagement du personnel)
- Mesure, analyse et utilisation des données pour améliorer la performance
- Initiatives d'amélioration de la qualité (application des méthodes d'amélioration qualité et réalisation des activités qualité pour améliorer la performance, l'identification des problèmes, test de nouvelles solutions et amélioration des processus)
- Participation des consommateurs
- Évaluation de la qualité
- Atteinte des résultats

Le tableau 2 résume les points clés et présente le cadre pour l'évaluation organisationnelle dans le cadre de HEALTHQUAL.

**Tableau 2. Cadre pour l'évaluation organisationnelle dans le programme HEALTHQUAL-Haïti**

<b>ÉLÉMENTS POUR L'ÉVALUATION ORGANISATIONNELLE</b>						
<b>A) GESTION DE LA QUALITÉ</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
A.1. Dans quelle mesure la haute direction crée un environnement se concentrant sur l'amélioration de la qualité des soins ?						
A.2. Dans quelle mesure l'institution a-t-elle un comité de la qualité efficace pour surveiller, guider, évaluer et améliorer la qualité des services de santé ?						
A.3. Dans quelle mesure l'institution a-t-elle un plan de qualité global qui est activement utilisé pour superviser les activités d'amélioration de la qualité ?						
<b>B) L'ENGAGEMENT EFFECTIF DANS LE PROGRAMME DE QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
B.1. Dans quelle mesure les médecins et le personnel régulièrement engagés dans des activités d'amélioration de la qualité et ont été formés pour renforcer les connaissances, les compétences et la méthodologie nécessaires à l'application pleine et entière des travaux d'AQ sur une base continue ?						
B.2. Dans quelle mesure la satisfaction du personnel constitue une composante du programme de gestion de la qualité ?						
<b>C) MESURE, ANALYSE ET UTILISATION DES DONNÉES POUR AMÉLIORER LES PERFORMANCES DES PROGRAMMES DE SANTÉ</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
C.1. Dans quelle mesure les programmes de santé mesurent régulièrement les performances et utilisent des données pour l'amélioration ?						
<b>D) INITIATIVES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
D.1. Dans quelle mesure les établissements de santé identifient et mènent des initiatives d'amélioration de la qualité à l'aide de la méthodologie d'amélioration reposant sur des processus forts pour assurer des niveaux élevés de performance sur de longues périodes de temps ?						
<b>E) LA PARTICIPATION DES CONSOMMATEURS</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
E.1. Dans quelle mesure les consommateurs sont-ils efficacement engagés et impliqués dans la gestion de la qualité des programmes de santé ?						
<b>F) ÉVALUATION DU PROGRAMME DE QUALITÉ</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
F.1. Y a-t-il un processus en place pour évaluer l'infrastructure et les activités des programmes de soins, les processus et les systèmes pour assurer la réalisation des buts, objectifs et résultats de qualité ?						
F.2. L'institution dispose-t-elle d'un système d'information fonctionnel ?						
<b>G) ATTEINTE DES RÉSULTATS</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
G.1. Dans quelle mesure les programmes de santé suivent les résultats des patients et utilisent les données pour améliorer les soins fournis ?						
G.2. Dans quelle mesure les programmes de santé mesurent les disparités dans les soins et les résultats des patients, et utilisent les données de performance pour améliorer les soins en vue d'éliminer ou atténuer les disparités perceptibles ?						
<b>TOTAUX</b>						

(Tableau tiré du document évaluation organisationnelle du programme HEALTHQUAL-Haïti)

L'évaluation organisationnelle se réalise en groupe, avec des évaluateurs externes et des membres du comité de qualité, des responsables du programme VIH, des responsables de l'établissement de santé et des représentants d'autres services, si possible. Ceci permet d'avoir une image du niveau de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti. Puis après la discussion de groupe, on attribue un score au groupe, donc à l'institution en fonction de la discussion et de la grille (voir tableau 2).

L'outil d'évaluation organisationnelle peut aussi être utilisé en auto-évaluation afin que les membres du comité de qualité, les prestataires et les responsables de l'établissement de santé puissent s'autoévaluer et approprier le processus d'évaluation.

Comment on donne les scores et comment on classe les sites durant l'évaluation organisationnelle ?

Pour chaque élément, les scores varient de 0 à 5. Mais les scores sont donnés de façon qualitative après discussion avec les participants et échange avec l'équipe d'évaluateur externe. Les scores ne sont pas donnés de façon mécanique, mais il y a une discussion et en fonction de la position de chacun, on essaie de trouver un consensus sur la position de l'organisation par rapport au critère en question.

Score zéro (0) : démarrage (couleur rouge)

Score un (1) : planification et initiation (couleur brique)

Score deux (2) : début de la mise en œuvre (couleur jaune)

Score trois (3) : mise en œuvre (couleur bleue)

Score quatre (4) : progrès vers l'approche systématique de la qualité (couleur vert pâle)

Score cinq (5) : approche systématique complète de gestion de la qualité en place (couleur vert foncé)

### **Article 3. Facteurs influençant la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti**

Authors :

Joseph Adrien Emmanuel Demes,<sup>10</sup> Lambert Farand,<sup>11</sup> Marie-Pascale Pomey,<sup>12</sup> François Champagne,<sup>13</sup>

---

10 Corresponding author: Joseph Adrien Emmanuel Demes is a professor at the School of Medicine and Pharmacy (UEH, Haïti), and Ph.D. candidate at University of Montreal, Canada, School of Public Health.

11 Lambert Farand is a professor and researcher at the School of Public Health, University of Montreal.

12 Marie-Pascale Pomey is a professor and researcher at the School of Public Health, University of Montreal.

13 Francois Champagne is a professor and researcher at the School of Public Health, University of Montreal.

## **Abstract**

### **Introduction**

L'accès à des soins de mauvaises qualités entraîne des effets néfastes en termes de morbidité et de mortalité. D'où la nécessité de trouver des stratégies pour améliorer les processus et les systèmes afin de satisfaire les patients et de permettre l'accès à des soins de bonne qualité. En Haïti, le ministère de la Santé publique et de la population, les bailleurs tout comme les partenaires techniques et financiers mettent l'accent sur les programmes d'amélioration de la qualité comme le programme HEALTHQUAL. C'est devenu une approche incontournable dans le système de santé en Haïti. Les programmes d'amélioration de la qualité sont nouveaux en Haïti. Cependant, très peu de données sont disponibles sur les facteurs qui peuvent faciliter ou entraver la mise en œuvre de ces initiatives d'amélioration de la qualité des soins. On dit souvent, il n'y a rien de plus pratique qu'une bonne théorie. Le but de cet article c'est de fournir un cadre théorique capable d'expliquer la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL en Haïti et les facteurs qui influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL dans le contexte haïtien.

### **Méthodologie**

Une recherche évaluative (analyse d'implantation) avec une étude de cas multiples avec niveau d'analyse imbriquée a été réalisée. Cette approche est qualitative combinant une approche ethnographique et « theory-driven ». Trente-huit entrevues semi-structurées, des observations ont été effectuées et des documents analysés. L'analyse des données a été réalisée en utilisant une grille d'analyse synthétique avec des catégories prédéfinies (composantes du programme, facteurs facilitants, facteurs inhibants, mécanismes, conséquences et interactions entre les éléments du modèle). Par la suite, ces catégories ont été analysées en utilisant le logiciel « Atlas ti » et en ajoutant d'autres codes émergents et des codes prédéfinis. Des mémos et un journal de bord ont été utilisés durant la collecte et l'analyse. Une approche déductive a été suivie également. Quatre concepts clés appartenant à chacun des sept modèles du changement ont été sélectionnés : le modèle politique, néo-institutionnaliste, psychologique, structurel, le modèle de développement organisationnel, le modèle de l'apprentissage organisationnel et le modèle rationnel. En tout 28 concepts appartenant aux sept modèles du changement et un concept



transversal, la culture organisationnelle ont été testés de façon hypothético-déductive en utilisant le logiciel « Atlas ti ».

### **Résultats**

Les principaux facteurs facilitants sont les suivants : collaboration entre le niveau institutionnel et le niveau communautaire, le leadership, la coordination et collaboration en équipe multidisciplinaire, les pressions externes, les caractéristiques des réseaux, l'appropriation du processus par les équipes, l'infrastructure qualité.

Les principaux thèmes liés aux facteurs inhibants sont les suivants : les facteurs contextuels de l'environnement socio-politique, le poids des décisions antérieures et la perception des prestataires face à HEALTHQUAL, les mécanismes de reddition de compte inexistant, un système d'information sanitaire inadapté et l'indisponibilité des ressources.

Aucun des modèles du changement ne peut expliquer tout seul la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. D'où la nécessité de combiner plusieurs modèles du changement pour mieux comprendre la mise en œuvre du programme.

### **Conclusion**

Suite à ces observations, les leaders et les décideurs sont encouragés à mettre l'accent sur ces facteurs contextuels et de les prendre en compte lors de la planification et de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL en Haïti. Il est important de tenir compte d'un ensemble de variables contextuelles afin d'expliquer la mise en œuvre à un moment donné. D'où la nécessité d'une approche configurationnelle avec des archétypes pour mieux comprendre les facteurs influençant le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

## **Introduction**

Le ministère de la Santé publique et de la population (MSPP) en Haïti a identifié l'amélioration de la qualité des soins comme l'une de ses grandes priorités stratégiques, parce que la population, en général, n'est pas satisfaite de la qualité des services de santé qu'elle reçoit, en particulier dans les établissements publics. La première initiative nationale visant à améliorer la qualité des soins a été le programme HIVQUAL, se concentrant exclusivement sur l'amélioration de la qualité des soins pour les patients séropositifs (PVVIH). Le ministère de la Santé a changé le nom du programme HIVQUAL en HEALTHQUAL dans le but d'utiliser les leçons tirées du programme HIVQUAL Haïti et de les appliquer à des dimensions supplémentaires des soins et des services, y compris les soins maternels, la médecine interne, la chirurgie, l'urologie, etc. Le MSPP encourage désormais la mise en place de comités de qualité axés sur ces différents services du système de santé à plusieurs niveaux.

Le programme HEALTHQUAL, une initiative nationale d'amélioration de la qualité, est mis en œuvre à différents niveaux du système de santé. Le but est de faciliter la mise en œuvre d'infrastructure pour améliorer la qualité des soins et la satisfaction de la population. Ce programme repose sur trois (3) piliers : l'infrastructure de la qualité, les activités d'amélioration de la qualité et la mesure de la performance.

L'amélioration de la qualité est essentielle pour améliorer les performances des établissements de santé. Plusieurs efforts à l'échelle nationale, facilitant la formation du personnel et le renforcement des capacités au niveau des établissements de santé et des directions départementales dans les domaines de la gestion du changement et de l'amélioration de la qualité (AQ), ont été mis en œuvre de 2008 à 2020 dans le cadre du programme national d'amélioration de la qualité, le programme HEALTHQUAL. Cependant, des initiatives d'amélioration de la qualité sont encore nouvelles dans la culture des prestataires de soins en Haïti et des gestionnaires du système. Les obstacles et les facilitateurs de la mise en œuvre des programmes de gestion de la qualité ne sont pas bien connus ou compris.

Dans le prolongement des recherches antérieures sur le modèle logique et le degré de mise en œuvre, cet article se focalise sur les facteurs qui influencent la mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité, plus précisément le programme HEALTHQUAL-Haïti.

Dans la prochaine partie, seront introduits le concept de « programme d'amélioration de la qualité » et les facteurs contextuels influençant les initiatives d'amélioration de la qualité et les modèles de changement.

### **Programme d'amélioration de la qualité (PAQ)**

Pour bien définir le cadre dans lequel se déroule la recherche, il est important de définir le terme PAQ. Quel que soit le jargon utilisé dans la littérature, une initiative d'amélioration de la qualité est un processus organisationnel structuré avec un flux continu d'activités pour améliorer la qualité des soins afin de répondre ou dépasser les attentes des patients ou des clients, pour la poursuite continue de l'excellence, pour analyser et améliorer les processus (Berwick & Nolan, 1998), (Plsek, Solberg, & Grol, 2003), pour collecter et intégrer des informations sur les besoins des patients ou des clients pour améliorer les soins (Work Design) (Blumenthal & Kilo, 1998), (SM Shortell, Bennett & Byck, 1998). Un PAQ permet aux équipes de tester et de mettre en œuvre le changement et d'améliorer le système de soins (McLaughlin & Kaluzny, 2004), (Øvretveit et Gustafson, 2002). Le PAQ met l'accent sur la gestion par les faits, les mesures, les activités d'amélioration de la qualité et le développement des infrastructures de qualité (Raleigh & Foot, 2010), (McLaughlin & Kaluzny, 2004), (Bardfield, 2015).

Plusieurs méthodes et outils, identifiés, sont employés dans les PAQ : analyse des causes et des effets, le diagramme d'Ishikawa, le diagramme de Pareto, le logigramme, l'analyse et amélioration des processus, l'identification des problèmes et des tests de solution (ANAES, 2000). En règle générale, les programmes d'amélioration de la qualité mettent l'accent sur l'identification et la satisfaction des besoins et des attentes des clients, l'implication des clients et des prestataires, le travail d'équipe multidisciplinaire, la collaboration, le partenariat, l'utilisation de méthodes scientifiques pour analyser et améliorer les processus et les systèmes de soins (Hackman & Wageman, 1995).

## **Facteurs contextuels qui influencent la mise en œuvre**

Récemment, plusieurs modèles théoriques sont utilisés dans divers contextes pour comprendre les facteurs qui influencent la mise en œuvre comme le modèle consolidé pour la recherche sur l'implantation, le « Consolidated Framework for Implementation Research » (CFIR) et le cadre des domaines théoriques, le « Theoretical Domains Framework » (TDF) (Damschroder & al., 2009), (Kirk & al., 2016), (Birken & al., 2017).

Plusieurs auteurs ont publié sur des facteurs spécifiques qui facilitent ou entravent la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration de la qualité. Mann et Kehoe (1993) ont décrit des facteurs qu'ils appellent QCOC (Quality Critical Organizational Characteristics) qui influencent les activités des programmes de qualité : facteurs de processus ; le type d'employés ; valeurs partagées ; style de gestion ; la structure organisationnelle ; le nombre d'employés et enfin la relation avec l'environnement. Certains facteurs sont liés également à la mise en œuvre des PAQ : la capacité organisationnelle à prendre de nouvelles initiatives, la capacité technique pour l'AQ, le climat et la collaboration d'équipe (Shea, et al., 2018), (Berlowitz, et al., 2003), la perception des bénéfices par les acteurs, le partage des apprentissages, l'engagement des équipes et le dossier médical électronique (Shea, et al., 2018), (Ijkema et al., 2014), (Lachman, 2021), (Puttkammer et al., 2017). D'autres obstacles sont liés à la conception du projet, au partenariat, au manque de « séniorité » des leaders (leaders chevronnés), manque de temps, manque d'implication des cliniciens, aux difficultés de rétention du personnel, aux facteurs contextuels, à la divergence en regard des objectifs d'amélioration (Lachman, 2021), (Ijkema et al., 2014), (Aveling, Zegeye, & Silverman, 2016), (Coles et al., 2017). Plusieurs auteurs soulignent l'importance des déterminants suivants : le leadership de la direction, la culture organisationnelle, l'infrastructure des données et le système d'information (Kaplan et al., 2010), (Berlowitz, et al., 2003).

Selon Wolfson (2009), les facilitateurs internes pour la mise en œuvre des initiatives d'AQ sont la désignation d'un champion du milieu de pratique, la coopération des médecins et du personnel, et la participation des leaders du milieu de pratique (Wolfson, et al., 2009). Comme l'affirme Demes (2020), « les champions sont des personnes impliquées dans la facilitation d'un processus

de changement pour améliorer le système de soins dans une organisation. Ils peuvent provenir d'horizons, de postes et de rangs différents dans les établissements de santé. Ils s'efforcent de faire passer l'opération d'amélioration d'un stade initial vers un niveau futur souhaité » (Demes et al., 2020, p. 2).

Les obstacles communs à une mise en œuvre réussie, identifiés dans la littérature, sont : le coût, les contraintes de temps, le manque de personnel qualifié pour l'amélioration de la qualité, la résistance du personnel clinique, la résistance au changement en général, la rotation ou le changement continu du personnel, des systèmes, des procédures et des processus incompatibles, l'incapacité à suivre le changement, le manque de ressources à mobiliser, les structures organisationnelles qui bloquent le changement et les incitations financières dysfonctionnelles (Wolfson, et al., 2009), (Grol, et al., 2008).

Plusieurs autres facteurs sont recensés dans la littérature comme : les facteurs de processus (Baldrige National Quality Award, 2009) ; le type d'employés ; les valeurs partagées ; le style de management ; la structure organisationnelle ; le nombre d'employés ; les relations industrielles ou avec l'environnement (Mann & Kehoe, 1993) ; les facteurs stratégiques (Juran, 1986), (Deming, 1986) ; les facteurs structurels (Alexander, 2006), (Berwick, 1990) ; la capacité de mobiliser les ressources adéquates (Alexander, et al., 2006), (Blumenthal, 1998) ; l'implication du personnel (Weiner et al. 2006), (Alexander, 1997) ; les facteurs de l'environnement externe (Lozeau, 2004), (Lozeau, 1996), (Blumenthal, 1998), le leadership (Berwick, 1998), (Ovretveit 2004) ; la culture organisationnelle (S. M. Shortell et al., 1995), (Parker, Wubbenhorst, Young, Desai, & Charns, 1999).

### **Les modèles théoriques du changement (Champagne, 2002)**

Cette section présente de façon générale les différents modèles du changement et leurs variables (Champagne, 2002).

Le changement peut se manifester différemment en fonction du contexte : dans certains cas, il peut être évolutif, incrémental, lent (Tushman & Romanelli, 1985) (Gould, 1989), ou radical et

révolutionnaire (Chakravarthy & Lorange, 1991) (Meyer, Goes, & Brooks, 1993), (Watzlawik, Weakland, & Fisch, 1974).

### **Modèle politique**

C'est l'un des modèles les plus utilisés dans la gestion du changement. Selon cette approche politique, les jeux de pouvoir organisationnel, l'équilibre entre les pressions internes et externes et l'ajustement qui en résulte constituent les facteurs clés qui influencent la mise en œuvre (Champagne, Denis, Pineault, & Contandriopoulos, 1991), (Courpasson, 1998). Les intérêts des acteurs sont déterminants dans ce modèle (Harrison, 1985), (Hage, 1999), (Friedberg, 1993).

Les facteurs importants, selon ce modèle, sont : la cohérence entre les stratégies des acteurs et les caractéristiques du changement ; le support aux agents responsables de l'implantation ; le degré d'appui des forces politiques de l'organisation pour rendre opérationnel le changement (Denis & Champagne, 1990).

D'autres facteurs peuvent aussi intervenir : le jeu de pouvoir avec comme résultante une capacité d'ajustement aux pressions internes et externes ; l'influence des acteurs sur la distribution des bases du pouvoir ; l'interaction entre les stratégies des acteurs et les sources d'influence des bases du pouvoir ; le degré de contrôle des ressources par les acteurs (Denis & Champagne, 1990).

Une bonne partie de la littérature scientifique sur les acteurs, les réseaux d'acteurs (Ahuja, 2000), la configuration d'acteurs et les coalitions d'acteurs (Battilana et al., 2009) pour faciliter un changement peut être classifiée dans le modèle politique.

### **Le modèle écologique/néo-institutionnel**

Selon la perspective environnementale, l'environnement externe de l'organisation détermine le changement. Deux principaux courants caractérisent le modèle environnemental : la théorie écologique et la théorie institutionnelle. Selon cette perspective, la marge de manœuvre des responsables de l'organisation est restreinte. Les dirigeants sont limités dans leur capacité de mettre en œuvre leur stratégie. Selon la théorie écologique, on aboutit à des niches écologiques qui aboutissent au remplacement de l'organisation. (Hannan & Freeman, 1984), (Singh & al.,

1986), (Baum, 1996), (Christensen, Bohmer, & Kenagy, 2000). Selon la théorie institutionnelle, le changement est déterminé par les normes et les contraintes institutionnelles (Powell & DiMaggio, 1991), (Ruef & Scott, 1998), (W. R. Scott, Ruef, Mendel, & Carona, 2000) ou la théorie néo-institutionnelle (Greenwood & Hinings, 1996) (Fligstein 1991).

Selon cette perspective, plusieurs éléments peuvent expliquer la mise en œuvre des changements : D'abord, la création de nouvelles formes organisationnelles ; réponse de l'organisation aux attentes et normes de l'environnement institutionnel ; degré de conformité entre les pratiques organisationnelles et l'environnement institutionnel (Champagne, 2002).

L'approche néo-institutionnaliste est prometteur pour comprendre la mise en œuvre des changements et aussi les résistances au changement : les normes institutionnelles, explicites ou implicites, les règles du jeu institutionnelle déterminent le changement. On observe une diversité dans l'approche néo-institutionnaliste avec trois branches tout en reconnaissant les institutions comme référent théorique : branche historique, branche du choix rationnel et la branche sociologique (Lecours, 2002).

La branche historique du néo-institutionnalisme (Thelen, 1999) montre comment les processus historiques reflètent des relations de pouvoir à un moment clé de l'histoire institutionnelle. Des concepts clés qui font partie de la branche historique sont les suivants : « point tournant » ou « critical juncture », « path-dependency » ou « dépendance au chemin emprunté » et l' « héritage politique » ou « policy legacy ». Les points tournants sont des moments de tension de la vie organisationnelle où des changements sont possibles où l'on assiste à un changement radical à différents niveaux (culturel, social, idéologique, organisationnel et stratégique) au même moment. L'autre concept important c'est le « path-dependency » ou « dépendance au chemin emprunté » qui explique plus le statu quo que le changement et les difficultés de changement par des mécanismes de renforcement institutionnel et de reproduction institutionnelle. Une fois les normes institutionnelles cristallisées à travers des champs du pouvoir institutionnel, il devient difficile de les changer ou de modifier leur trajectoire.

Le néo-institutionnalisme du choix rationnel tient compte des capacités d'action stratégique des acteurs tout en tenant compte du carcan institutionnel. Cette branche aide à comprendre le poids des institutions sur le comportement des acteurs (Lecours, 2002), (Hall & Taylor, 1996).

Le néo-institutionnalisme sociologique considère les institutions comme le reflet des pratiques socioculturelles, une forme de routinisation des relations sociales et des valeurs sociétales (Hall & Taylor, 1996), (Powell & DiMaggio, 1991).

### **Le modèle psychologique**

Les processus internes et le comportement des personnes face au changement jouent un rôle crucial lors de la mise en œuvre d'une innovation. Un changement, pour être mis en œuvre nécessite de prendre en compte les réactions des personnes vis-à-vis du changement, de même que la résistance des personnes face au changement (Bareil & Savoie, 1999), (Kets de Vries & Miller, 1985), (Kotter & Schlesinger, 1979), (C. D. Scott & Jaffe, 1992).

Certains facteurs d'ordre psychologique peuvent influencer la mise en œuvre d'un changement : les attitudes et les croyances favorables à l'implantation du changement ; la congruence entre les habitudes des individus et les exigences de l'intervention ; processus d'échange sur les difficultés rencontrées lors de l'implantation ; les mécanismes de renforcement des nouvelles normes (Denis & Champagne, 1990), (Collerette, Delisle, & Perron, 1997), (Bridges, 1991).

### **Modèle de développement organisationnel**

L'approche du développement organisationnel (Goodman & Kurke, 1982), (Herman-Taylor, 1985) met l'accent sur la promotion de valeurs de participation et de consensus pour une mise en œuvre efficace d'un changement. Ceci implique une amélioration de la qualité de vie organisationnelle (Demers, 1999), (Berman, 1980), (Fullan, 1972), (Geis, 1985).

Pour être plus précis, le développement organisationnel met l'accent sur le style participatif de gestion, la décentralisation des processus de décision, les programmes d'enrichissement des tâches et les mécanismes favorisant la communication (Berman 1980 ; Fullan 1972 ; Geis 1985 ; Goodman et Kurke 1982 ; Herman-Taylor 1985), (Champagne, 2002).



Selon ce modèle on peut noter plusieurs facteurs : la présence d'une gestion participative ; la décentralisation des processus de décision ; la communication de bas en haut ; l'enrichissement des tâches ; leadership de type participatif ; la culture de groupe (Denis & Champagne, 1990).

### **Modèle structurel**

Selon la perspective structurelle, le succès de l'implantation d'un changement réside dans la structure de l'organisation et par sa capacité d'adaptation. (J. Hage, 1985), (Moos, 1983), (S. Shortell, 1983), (Miller, 1983), (Damanpour, 1991), (J. T. Hage, 1999).

Plusieurs facteurs peuvent intervenir : la capacité d'adaptation de l'organisation ; le degré de flexibilité ; la capacité de transformation suite aux pressions externes ; les attributs organisationnels (taille, niveau d'expertise, centralisation) ; le contexte organisationnel ; l'attention portée à l'innovation (Denis & Champagne, 1990).

### **Le modèle de l'apprentissage organisationnel**

Selon le modèle de l'apprentissage organisationnel, l'apprentissage collectif, l'expérimentation, la tolérance, l'acceptation de l'erreur comme opportunité de changement, le goût de tester de nouvelles initiatives déterminent le succès du changement (Champagne, 2002), (Argyris & Schön, 1978).

### **Le modèle rationnel**

Selon le modèle hiérarchique et rationnel, le processus de changement sera mis en œuvre s'il a été bien planifié et si les prescriptions sont suivies de façon adéquate (Morgan, 1986), (Majone & Wildavsky, 1978), (M.A Scheirer, 1981), (Kunkel, 1975), (Collins, 1998)

Les tenants du modèle hiérarchique et rationnel insistent sur une planification rationnelle et technocratique du changement (Kunkel, 1975). Selon ce modèle, l'implantation d'un changement fait intervenir des processus qui se déroulent en amont de la planification, c'est-à-dire l'identification du problème, la détermination des options et le choix de la meilleure solution et des alternatives (Champagne, 2002).

Ainsi, on peut noter plusieurs facteurs déterminants : la planification adéquate (le contrôle hiérarchique sur les acteurs de l'implantation ; le degré de cohérence entre les attentes des gestionnaires et les comportements des acteurs qui implémentent le changement. L'autre facteur essentiel, c'est la conformité des agents avec le mode de communication verticale : la communication de haut en bas, le leadership autoritaire et la culture bureaucratique (Denis & Champagne, 1990).

La question de recherche est la suivante : quels sont les facteurs qui influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti ?

Cet article vise à élucider différents modèles théoriques qui peuvent s'adapter et expliquer certains éléments du degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti.

Du matériel qualitatif sur le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL va être analysé afin d'établir des correspondances avec des théories qui peuvent éclairer le degré de mise en œuvre du programme. Ainsi, on peut analyser la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti en fonction de différentes perspectives théoriques et faire de l'intégration théorique pour mieux comprendre la mise en œuvre.

## **Méthodologie**

### **Stratégie de recherche**

Il s'agit d'une recherche sur la mise en œuvre ou une analyse d'implantation (Denis et Champagne, 1992). Des études de cas sur la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration de la qualité ont été utilisées dans le but de construire des théories (Gehman et al., 2018), (Eisenhardt, 1991), (Eisenhardt, 1989). Des analyses intra-cas et inter-cas ou une analyse transversale inter-cas ont été réalisées (Miles & Huberman, 2003), (Corbin & Strauss, 2015).

Une analyse comparative de plusieurs cas a été effectuée (Yin, 1989) parce que cette méthode est bien adaptée pour répondre aux objectifs de recherche visant à développer une compréhension approfondie du processus et à expliquer les facteurs contextuels qui facilitent ou entravent la mise

en œuvre du PAQ (Yin, 1984), (Langley, 1996), (M. Patton, 2002). La comparaison de plusieurs cas provenant de différents types d'établissements aide à comprendre comment les conclusions peuvent être appliquées et reproduites (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 2005).

La méthodologie inductive et déductive a été employée également. C'est le processus systématique de génération de la théorie à partir de la masse de données collectées et du cadre empirique. Il s'agit d'un ensemble de procédures de recherche rigoureuses et systématiques conduisant à l'émergence de catégories et de thèmes conceptuels à partir d'une analyse approfondie des données. Un « va et vient » incessant a été effectué entre le cadre théorique de la recherche, les modèles de changement et les données empiriques afin de développer une explication plausible sur les facteurs qui influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti.

Par la suite, quatre concepts clés appartenant à chacun des sept modèles de changement ont été sélectionnés : le modèle politique, néo-institutionnaliste, psychologique, structurel, le modèle de développement organisationnel, le modèle de l'apprentissage organisationnel et le modèle rationnel. En tout 28 concepts appartenant aux sept modèles de changement et un concept transversal, la culture organisationnelle ont été testés de façon hypothético-déductive en utilisant le logiciel « Atlas ti ».

Des visites sur le terrain ont été effectuées pour mener des entretiens, observer le processus de mise en œuvre et collecter la documentation pertinente dans les sites de recherche.

### **Sélection des sites et description des initiatives d'AQ**

L'unité d'analyse est l'établissement de santé qui a entrepris des initiatives d'AQ. Cette recherche se concentre sur la prise en charge ambulatoire des patients et des patientes et enfants hospitalisés. Parmi tous les sites participant aux initiatives d'AQ, quatre (4) sites ont été sélectionnés pour les études de cas (études de cas multiples).

Les sites de recherche sont les établissements de santé suivants :

- Cas 1 : HUP, hôpital universitaire publique, situé dans la capitale, Port-Au-Prince, faisant partie du réseau UGP/MSPP/CDC.
- Cas 2 : HUJ, hôpital universitaire situé dans le Département du Nord, faisant partie du réseau UGP/MSPP/CDC.
- Cas 3 : CDS la Fossette, centre de santé mixte, faisant partie du réseau « projet santé », réseau USAID.
- Cas 4 : Hôpital St Damien / NPFS, hôpital à but non lucratif, ONG, situé dans le Département de l'Ouest, à Port-Au-Prince, faisant partie d'un réseau d'organisations religieuses, le réseau CMMB (Catholic Medical Mission Board).

Ces sites ont été sélectionnés, selon les critères d'inclusion suivants :

- Le site a adopté et mis en œuvre un programme d'AQ pendant au moins un an
- Connaissance approfondie du contexte de ces formations sanitaires
- La richesse de l'apprentissage qui pourrait se produire sur ces sites
- Le site est reconnu par les coaches des réseaux comme étant un site performant au moment de la sélection du site

### **Collecte de données**

Les principaux instruments ont été des guides d'entrevue semi-structurée et un guide d'observation (voir l'annexe 2). Cependant, le principal outil de collecte des données, servant de boussole, a été le modèle logique du programme HEALTHQUAL. Des questions ont été posées comme « pourquoi » et « comment » en fonction des éléments du modèle qui ont émergé de façon inductive lors des entrevues. Puis des questions de suivi ont été posées comme « pourquoi cet élément ? », « quels facteurs ? », « quel mécanisme ? », « quel est le mode d'interaction entre les... ? » La collecte et l'analyse des données ont lieu entre mai 2016 et janvier 2020.

Les prestataires et gestionnaires travaillant dans des établissements de santé, publics et privés à but non lucratif, sont la principale source d'information. Le leadership de ces organisations, les

prestataires, les comités qualité, le personnel administratif et logistique et le personnel d'appui ont été ciblés. Les administrateurs et les directeurs des formations sanitaires ont été rencontrés et ils ont aidé à identifier quelques acteurs impliqués dans les initiatives d'amélioration de la qualité dans les établissements. Dans cette petite liste, les premiers participants ont été sélectionnés. La stratégie « boule de neige » a été utilisée pour identifier les participants. Des méthodes d'échantillonnage ciblées ont permis d'obtenir une diversité de perspectives. Trente-deux (32) entrevues non structurées ou semi-structurées et cinq (5) séances d'observation ont été effectuées dans les sites. Puis six (6) entrevues ont été réalisées avec des responsables stratégiques, des coaches dans le cadre du programme HEALTHQUAL.

Les principaux critères d'inclusion sont les suivants : la personne connaît l'initiative ; elle est impliquée soit dans la phase de planification soit dans la phase de mise en œuvre.

La plupart des entrevues ont été enregistrées, à l'exception de deux personnes qui ne sont pas senties confortables avec l'enregistrement audio. Quand l'enregistrement n'a pas été possible, des notes détaillées ont été prises et elles ont été transcrites afin de les codifier et analyser avec le logiciel d'analyse de données qualitatives, « Atlas ti ».

Le consentement éclairé (voir l'annexe 3) a été obtenu pour tous les répondants aux entrevues. La recherche a été approuvée par le comité national de bioéthique d'Haïti.

### **L'analyse des données**

Pour l'analyse des données qualitatives, la méthode de comparaison constante a été utilisée (Silverman, 2010). Les données ont été analysées en tenant compte des principes et méthodes de recherche qualitative : les thèmes et catégories émergent des données et de l'étude du phénomène. La condensation, les méthodes de présentation, les méthodes d'élaboration et de vérification ont été employées (Miles & Huberman, 2003). Cependant, cette approche n'a pas été complètement inductive, une explication a été développée en faisant des « aller-retours » entre le monde théorique et le monde empirique afin de vérifier de façon déductive la correspondance entre le monde théorique et le monde empirique. Ceci permet d'avoir une certaine ouverture d'esprit pour laisser émerger d'autres éléments théoriques et compléter les théories existantes. Ce

qui est fondamental, c'est d'obtenir une double cohérence entre le niveau théorique et le niveau empirique.

Cette approche d'analyse est à la fois déductive et inductive (*Ibid*, 2003). Un ensemble de catégories prédéfinies (facteurs facilitants, facteurs inhibants) et l'analyse thématique de manière inductive ont été utilisées pour laisser les thèmes émergés des données en fonction des catégories (*Ibid*, 2003). L'observation et la connaissance du contexte local ont été prises en compte lors de l'analyse des données.

« Atlas.ti version 8 », un programme assisté par ordinateur, a été employé pour l'analyse qualitative des données (Friese, 2012), en utilisant une approche inductive pour gérer et analyser les données non structurées des entretiens, des documents et des observations (Friese, 2016), (Rademaker et al., 2012).

Pour écrire la première version du livre de codes (codebook 1.0), on a développé un ensemble de codes basés sur l'écoute et la réécoute des enregistrements audio des entrevues. Ainsi, cette première version du codebook a été réalisé en faisant une codification ouverte en laissant émerger les codes des données. Ceci a permis de faire une ébauche de la première version du livre de code. Dans un premier temps, les données ont été analysées, selon une approche qualitative : la méthode de comparaison constance, la sensibilité théorique, la rédaction de mémos, le lien entre les catégories, lien entre la théorie émergente et d'autres modèle théorique (Miles & Huberman, 2003), (Strauss & Corbin, 1990).

On a aussi procédé à une analyse thématique (Miles & Huberman, 2003). Les thèmes forment la base pour développer de nouvelles catégories en regroupant les codes (*Ibid*, 2003).

Ensuite, au fur et à mesure que les données collectées ont été codées, chaque nouvelle donnée a été comparée avec les codes précédents pour voir des analogies ou des différences et chercher des catégories par le regroupement des codes. De cette façon, un schéma de codage est créé et ce schéma a aidé pour l'identification des tendances dans les données. On a comparé les données

entre elles, les codes, les codes aux catégories, les catégories entre elles et aussi les mémos aux catégories, les catégories et les thèmes, les thèmes aux thèmes, les thèmes et les mémos et les mémos entre eux. Ce processus est connu sous le nom de méthode de comparaison constante, car chaque nouvelle donnée est comparée aux données précédemment collectées et codées pour aider à organiser les données en catégories, puis en thèmes.

Une explication logique, tenant compte de la réalité empirique, a été développée. Des éléments critiques ont été recherchés afin d'infirmer certaines hypothèses et la compréhension du phénomène qui s'est dégagée (Ibid, 2003). On a triangulé aussi les diverses sources de données, méthodes, les types de données et les approches théoriques et les modèles théoriques émergents et les types de données et les théories (Ibid, 2003). Une sociologue a participé aussi dans l'analyse. Elle a servi comme œil critique pour aider à valider ou infirmer la compréhension qui se dégage des données empiriques. Par ailleurs, les résultats, dans un nouveau contexte, le 4e cas à l'étude, l'hôpital Saint-Damien, « nos petits frères et sœurs » ont permis de confirmer l'explication émergente. Une fois le thème central et les catégories majeures identifiées, l'analyse a été reprise selon une approche déductive pour vérifier l'explication dégagée.

Certains codes prédéfinis sont basés sur les modèles théoriques de la recherche. Ensuite, la version finale du « codebook » ou « livre de code » (codebook 2.0) utilisé tient à la fois compte des codes émergents de façon inductive et des codes prédéfinis de façon déductive.

Aussi, une approche hypothético-déductive a été utilisé pour mettre à l'épreuve des faits les modèles théoriques à l'œuvre dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Pour ce, le livre de code (codebook 2.0) a été élaboré avec des codes prédéfinis qui tiennent compte de différentes variables des modèles du changement.

Sept (7) modèles du changement ont été retenues pour cette analyse : le modèle rationnel, le modèle du développement organisationnel, le modèle psychologique, le modèle structurel, le modèle politique, le modèle néo-institutionnel et le modèle de l'apprentissage organisationnel. Pour chaque modèle, quatre (4) variables opérationnelles ont été retenues. Un code transversal, qui est compatible avec les sept (7) modèles du changement retenus, a été ajouté : la culture

organisationnelle. Ce qui fait que le « codebook » contient 29 codes prédéfinis (voir tableau 2, annexe 1, article 3).

Le logiciel d'analyse de données qualitatives (Atlas ti, version 8) (analyse déductive) a été utilisé afin de faire le lien entre les modèles théoriques et la réalité empirique (Friese, 2012). La fonction « mémo » d'« Atlas ti » et le journal de bord de la recherche ont été employés afin de documenter la compréhension du processus de collecte, d'analyse et réaliser des inférences théoriques. Le journal et les mémos représentent un moyen pour documenter les idées clés, les explications, de comprendre et de développer les relations entre les éléments lors de la collecte, de l'analyse et pour l'interprétation des données. Les réflexions à chaud après quelques entretiens ont été utilisées. Les mémos et le journal de bord ont permis de documenter ces réflexions. L'application « note » dans un téléphone (marque iPhone 6.0) a été employée comme journal pour prendre note des impressions, de la compréhension et des observations lors des visites sur le terrain.



## **Résultats**

Des concepts centraux dans les données ont émergé : les facteurs externes et les facteurs internes. La figure 2 illustre le lien entre les facteurs internes, externes et les catégories. Par la suite, en élaborant d'autres mémos et en écoutant les enregistrements audio, la relation entre les facteurs externes et la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL a pu être complexifiée. À partir de la compréhension qui s'est dégagée à partir du cas 2, une hypothèse provisoire a été formulée :

- Les pressions externes, les caractéristiques du réseau et des facteurs internes comme le leadership et la culture organisationnelle et la pression interne facilitent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti

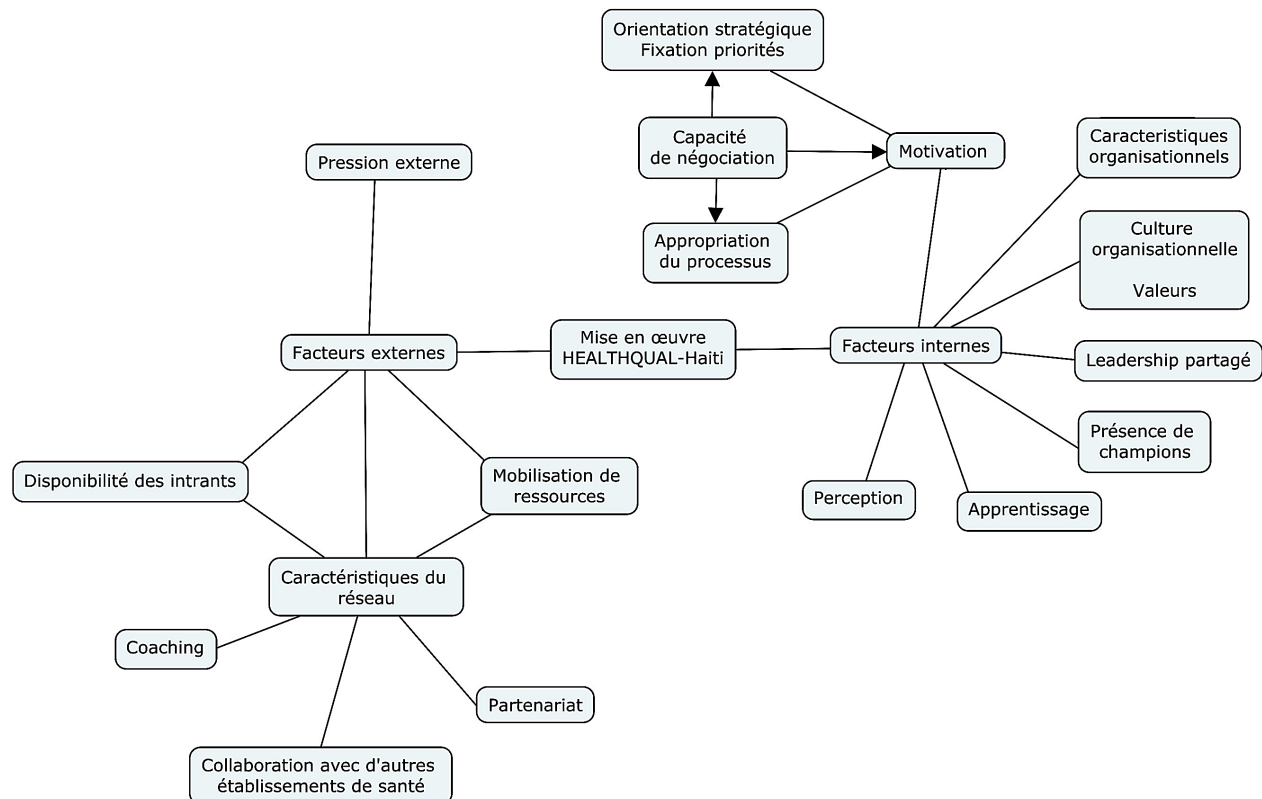
À partir de l'analyse des données du cas 2 (HUI), une autre variable centrale semble aussi émerger : ce qui a obligé à regrouper certains codes et catégories en fonction des facteurs internes qui influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL (voir figure 1).

Quand le processus d'appropriation est absent et que le staff a une mauvaise perception du processus, même si la pression interne existe, cela ne suffit pas pour améliorer la mise en œuvre de HEALTHQUAL. Par contre, on a constaté que la présence de quelqu'un à l'interne qui possède le niveau de leadership nécessaire pour vaincre les résistances et qui est respecté par l'équipe peut faciliter la mise en œuvre. Une nouvelle catégorie a été créée, « présence d'un (e) champion (ne) ».

Les résultats du cas 3 ont permis d'approfondir la compréhension qui se dégage à partir du cas 2. Un lien entre les facteurs externes et les facteurs internes qui influencent le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL a été explicité. Ces éléments ont permis de formuler l'hypothèse suivante : quand le site subit des pressions externes et qu'à l'interne le personnel est motivé et s'approprie du processus ou à une perception positive d'une certaine maîtrise du processus au niveau de l'établissement de santé, on a une mise en œuvre accélérée du programme HEALTHQUAL. Alors, les facteurs externes se combinent aux facteurs internes pour influencer la mise en œuvre. De plus, les caractéristiques organisationnelles, comme le mode de leadership

et l'organisation interne du site, la capacité de négociation, la collaboration, la coordination interagissent aussi avec les facteurs externes pour influencer la mise en œuvre.

Suite, au cumul des analyses et la construction étape par étape d'un modèle théorique, la proposition théorique suivante (voir figure 1), qui explique le lien entre les variables centrales et les autres catégories, a émergé.



**Figure 1. Modèle conceptuel émergent suite à la collecte et l'analyse des données du cas 3**

Le cas 3 (CDS la Fossette) a aussi fait ressortir le lien entre la présence d'un champion et le degré de mise en œuvre. Même lorsque le site reçoit des pressions externes, s'il y a une championne ou un champion à l'interne, cela facilite l'appropriation du processus et la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Ainsi, les facteurs externes combinés avec la présence de champions à l'interne au niveau de l'établissement de santé facilitent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Le cas 4 (NPFS) a confirmé l'hypothèse émergente que des facteurs externes, comme les caractéristiques des réseaux, la présence de coach ou de champion à l'externe, la capacité de mobilisation des ressources, combinés à des facteurs internes, comme la motivation du staff, le mode organisationnel, le leadership partagé, la présence d'un champion à l'interne facilitent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL au niveau institutionnel.

Dans la section suivante, les résultats sont organisés en fonction des facteurs facilitants et des facteurs inhibants. Les compréhensions liées aux différents modèles de changement sont mises en évidence de façon empirique.

## **Facteurs facilitants**

Plusieurs facteurs facilitants ont été identifiés lors de l'analyse. Les principaux thèmes sont les suivants : collaboration entre le niveau institutionnel et le niveau communautaire, le leadership, la coordination et collaboration en équipe multidisciplinaire, les pressions externes, les caractéristiques des réseaux, l'appropriation du processus par les équipes, l'infrastructure qualité.

### **Collaboration entre le niveau institutionnel et le niveau communautaire**

Le lien entre le niveau communautaire et le niveau institutionnel facilite la mise en œuvre et la performance du programme HEALTHQUAL en termes d'amélioration des indicateurs de qualité.

Les établissements de santé disposent d'un système avec tablette électronique pour collecter des informations sur les patients au niveau communautaire et pour faire la géolocalisation afin de retracer les patients. L'un des grands problèmes en Haïti est la difficulté pour trouver les adresses. Par exemple quelqu'un pour donner son adresse va dire j'habite près d'un grand terrain en face d'un tas d'immondice. Comme il y a des fatras partout, cela peut même servir d'indice pour repérer les adresses. Mais pour faciliter le suivi communautaire la géolocalisation a joué un rôle fondamental : comme cela, on a eu un système fiable pour réaliser les visites à domicile et faire des suivis dans le cadre du programme HEALTHQUAL, quoique cela pourrait aussi causer des problèmes éthiques en fonction de l'utilisation des données de géolocalisation.

*« Facilitateur : Géolocalisation... Est-ce que cela va améliorer les choses vraiment ? (Question posée par l'étudiant-chercheur).*

*Participant : Les agents de terrain (agents de santé communautaire) font de leur mieux pour garder le contact avec les patients. On a commencé à peine. Cela fait à peine un (1) an. Il y a eu certaines difficultés au départ, mais on essaie de les résoudre » (HUP 04).*

Les Agents de terrain travaillent de concert avec le personnel institutionnel pour la distribution d'ARV en milieu communautaire. C'est ce qu'on a codifié sous le nom de « distribution d'ARV en milieu communautaire » (DAC) dans le cadre de HEALTHQUAL.

Le suivi communautaire influence le niveau de performance du site en termes d'adhérence, de rétention et de charge virale indétectable.

*« Participant : Actuellement, il y a un programme de distribution communautaire des ARV, on apporte les médicaments ARV aux patients dans la communauté.*

*« Facilitateur : Comment marche ce programme ? (Question posée par l'étudiant-chercheur)*

*« Participant : Ce programme c'est surtout du point de vue psycho-sociale. Si le patient évolue très bien sous ARV ; Théoriquement, c'est Dr. (...) qui est venu avec le protocole, mais on vous demande que la personne ait une charge virale indétectable ; mais si c'est quelqu'un qui évolue très bien ; même si la charge virale n'est pas détectable, on peut (...) on envoie ça en communautaire » (HUP 02)*

Un autre participant a déclaré ceci :

*« Facilitateur (F) : Et pour l'aspect communautaire ; est-ce qu'il y a un lien entre l'aspect communautaire et l'aspect institutionnel ?*

*« Participant (P) : Oui*

*« F : Comment cela marche ?*

*« P : Au niveau institutionnel, on a une responsable communautaire et le travailleur social qui regardent les données ; ils supervisent le travail des agents de terrain qui sont directement dans la communauté ; ils regardent si les agents de terrain font leur travail correctement. Dans le temps, on faisait un suivi régulier*

*des CD4, et si le patient avait un CD4 inférieur à 500, c'était les agents de terrain qui faisaient le suivi pour travailler avec la personne au niveau communautaire et l'amener à l'institution pour les suivis. Les agents de terrain peuvent aller chez ces patients-là par exemple pour apporter aussi les médicaments au cas où la personne a des difficultés pour venir au niveau de l'établissement de santé » (HUP 05).*

## **Le leadership**

L'implication du leadership institutionnel et la présence de champions facilitent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL et la performance institutionnelle.

*« (...) Tout se passe à travers le comité qualité ; j'avais dit qu'il y a un plan ; et en fin d'année il y a une évaluation ; on fait une sorte de performance globale de l'institution ; on va pouvoir identifier les faiblesses ; et le comité de qualité va décider sur la base de cette évaluation sur quelle faiblesse agir au cours de l'année ; cette faiblesse-là, ils vont choisir de petits groupes qu'on appelle comité de projet pour travailler sur tel ou tel indicateur ; le choix se fait ainsi ; maintenant, les équipes vont se réunir pour procéder à l'analyse ou autre ; et travailler sur des initiatives d'amélioration de la qualité ; généralement au niveau de ces équipes, probablement, il pourrait y avoir quelques obstacles que l'équipe va pouvoir identifier quand elle va faire l'investigation en tant que telle ; et si ce sont des obstacles que l'équipe ne pourra pas surmonter elle-même, lors de la présentation des résultats au comité qualité, dans ce comité il y a pratiquement les autorités de l'institution, donc on pourra voir comment on pourrait améliorer tout ça ; je vais vous donner un exemple ; je me rappelle à une époque, il y avait un petit problème avec la prophylaxie au cotrimoxazole, c'était un peu bas ; il y avait une équipe qui travaillait sur ça ; mais le problème c'est que l'institution qui était responsable de livrer le « cotrim », il y avait toujours une sorte de retard ; donc, à ce moment-là, ce n'est pas le staff qui est responsable c'est une sorte de rupture de stock ; et je crois, j'avais discuté cela avec les membres de la direction et ce que la direction avait décidé c'est que l'Hôpital pourrait dépanner le service VIH en attendant l'arrivée du stock de « cotrim » pour le service. C'est-à-dire l'institution achète le cotrimoxazole et lorsque le stock arrive on donne à l'Hôpital la quantité reçue ; en travaillant sur un petit aspect, ils ont pu trouver une solution ; et cet indicateur a été amélioré ; et jusqu'à présent la performance est très bonne » (HUI 03).*

Ainsi l'implication directe de la direction pour supporter les projets qualité permet de contourner des obstacles et facilite le succès de la mise en œuvre.

*« (...) vous allez voir dépendamment du site, dépendamment du leadership de l'institution cela va marcher ou pas ; et aussi de l'implication des responsables de réseau, ce qu'on appelle les institutions ombrelles, dépendamment du réseau si la priorité c'est la qualité donc (...) vous allez voir que tous les sites de ce*

*réseau-là, vont être très performant en terme de qualité ; alors que si pour un autre réseau c'est pas ça la priorité, si le réseau n'insiste pas pour un programme de qualité dans le site, si cela ne veut pas dire grand-chose au réseau, à ce moment-là, ça va trainer (...) » (HUP 03).*

Un autre participant a avoué ceci :

*« Facilitateur : C'est comment c'est la relation avec la direction à l'hôpital dans le cadre du programme de qualité [...] comment c'est ?*

*Participant : Bon, la direction vient dans les rencontres, d'autant on n'est pas toujours là, mais [Miss ...] dès qu'on lui donne la date et l'heure souvent elle vient parfois [Dr...] aussi [...] pour nous dire ok je ne pourrai pas venir, mais [Miss ...] sera là [...]. Donc, la direction, je pourrais dire participe et encourage aussi parfois [Dr...] Demande est ce qu'on a eu des rencontres ? Est ce qu'on ?... Il demande comment ça avance. Ça aussi c'est bon pour l'Healthqual, je dirais. Donc, je vois que, il ne banalise pas l'Healthqual au contraire ils essaient parfois de nous faire ajouter des indicateurs ou bien des projets. Bon, ça les aiderait je dirais » (HUI 01).*

Un système de reddition de compte facilite aussi la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Quand l'environnement organisationnel insiste sur le fait qu'il y a des exigences tant à l'interne et à l'externe et que les acteurs doivent prendre leurs responsabilités à tous les niveaux ou à différents niveaux, cela facilite la mise en œuvre.

Le système de reddition de compte pousse pour des analyses internes pour évaluer à l'interne la performance du site avec HEALTHQUAL. Dans le cadre du programme VIH, si un site n'a pas pris ses responsabilités face à sa performance, il existe un réseau de partenaires externes pour analyser les données et informer le site de sa performance. Et on organise un suivi auprès du site en termes de formation, de renforcement de capacité et de mobilisation de ressources.

Un autre facteur identifié c'est la redevabilité envers la direction départementale ; les sites présentent leur performance dans des réunions trimestrielles ; ceci influence la mise en œuvre à travers une émulation positive et une saine compétition entre les sites.

*« Et autre chose c'est que ce qu'on appelle la « cross-fertilisation » dans ce sens que soit au niveau départemental il y a des réunions trimestrielles pour faire une présentation de la performance du site ; on constate par exemple que tel site est beaucoup plus performant par rapport à un autre site ; donc, cela crée un petite, une sorte de compétition ; il y a aussi la performance globale du département pour tel indicateur*

*qui dépend de la performance des sites ; donc, si on voit qu'un indicateur ne s'améliore pas ce n'est pas la faute de HUI, car on a fait notre travail ; c'est ce dynamisme qui fait que pratiquement, cela avance ; donc, le programme est plus structuré ; les bases ont été bien posées ; donc, surtout avec notre système d'information ; donc, c'est beaucoup plus facile » (HUI 03).*

Avec un système de reddition de compte, les gens sont mobilisés pour collecter, analyser les données, identifier les déficiences et s'améliorer.

*« (...) deuxièmement, il y a des rapports mensuels à envoyer, donc, il faut envoyer des données ; d'une façon ou d'une autre on est obligé de les collecter pour les envoyer ; donc, si on envoie les rapports et que les données sont disponibles, on va être obligé de les analyser ; parce qu'on va le faire pour vous au niveau central ou autre et on va vous dire vous êtes performants dans tel indicateur, vous n'êtes pas performant dans tel indicateur ; donc, pour éviter d'avoir des reproches, on fait cette analyse en interne ; je crois que c'est pratiquement ça (...) » (HUI 03).*

### **La coordination et collaboration en équipe multidisciplinaire**

Les sites qui ont du succès dans le cadre du programme HEALTHQUAL travaillent en équipe :

*« On a organisé une équipe ; on a formé une équipe et on a travaillé sur ce projet ; on a pu atteindre 90 % » (HUP 01).*

*« Tous les mardis on a une réunion d'équipe dans le cadre de HEALTHQUAL. Tout le monde est là. On discute des rapports HEALTHQUAL ; de l'évolution des projets qualité. On discute en équipe les indicateurs qui sont améliorés et les indicateurs qui sont en train de se détériorer. Ainsi on peut recevoir le feedback des membres de l'équipe et insister sur les points à améliorer et les initiatives à entreprendre » (HUP 03).*

Dans ces établissements de santé, l'accent est mis sur l'analyse des données, le travail en équipe, l'identification des problèmes, des indicateurs faibles et la mise sur pied de projet qualité pour améliorer les indicateurs.

Il existe une relation de confiance entre les membres de l'équipe quand l'équipe est petite, travaille ensemble depuis plusieurs années et que c'est en général la même équipe au fil du temps. Ceci crée une familiarité et une collaboration au sein de l'équipe et facilite la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

*“C’est très amical ici. On travaille ensemble cela fait un bon bout de temps. C’est la même équipe (...) La même équipe depuis 7 à 8 ans. Parfois, il y a un changement, mais le noyau de l’équipe est toujours là. On mange ensemble ; on partage la nourriture. On est comme une famille (...) » (HUP 03).*

Les équipes sont plus motivées quand ils s’approprient du processus. À ce moment, ils font des efforts supplémentaires pour changer la situation et l’améliorer.

*Facilitateur : Est-ce que vous faites des réunions sur le rapport SIMS ; vous dites que ce point-là est rouge, on va améliorer ? (Question posée par l’étudiant-chercheur)*

*Participant : En général, on réagit sur le rapport et on fait le meilleur ; s’il y a un point qui nous dépasse, c’est autre chose ; si il y a une contrainte et qu’à notre niveau on ne peut vraiment pas agir dessus (...), mais on fait le meilleur de nous-même (...) (HUP 02).*

Les équipes font la répartition et la délégation de tâches dans le cadre de HEALTHQUAL :

*« On a plusieurs projets qualité. Comment on s’organise ? En général, on fait une répartition de tâche entre les membres de l’équipe. Puis on répartit les différents problèmes à résoudre. On peut par exemple donner le mandat à une équipe pour travailler sur le CD4, un autre groupe sur une autre problématique. Le groupe va se réunir pour travailler sur la problématique et faire des présentations à tout le monde afin de voir l’évolution de la problématique dans le temps. » (HUP 03).*

Certaines équipes qui réussissent leurs initiatives qualité ont aussi un système de coaching et de supervision à l’interne :

*« Oui. Je sers aussi de coach pour d’autres membres ; on fait aussi des formations pour les membres de l’équipe et aussi pour d’autres personnes qui viennent se former au sein de l’unité de prise en charge des PVVIH » (HUP 03).*



## Les pressions externes

Un lien entre la pression des bailleurs, les suivis et exigences lors des visites de supervision et le degré de mise en œuvre de HEALTHQUAL est élucidé. La composante implication des patients est un bon exemple de l'importance des pressions externes pour faciliter la mise en œuvre de certaines composantes du programme HEALTHQUAL.

Le fait que les partenaires externes mettent la pression sur le site, cela facilite la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL, comme en témoigne le prestataire suivant :

*« Participant : Parfois CDC est là, la direction départementale ou bien PNLIS (programme national de lutte contre le sida) font des exigences là-dessus. Quand ils viennent parfois ils nous demandent ça : Est-ce qu'il y a des bénéficiaires directes dans le comité ? (HUI 01).*

*« Facilitateur : Est-ce qu'il y a des coaches de UGP aussi qui viennent ici ?*

*« Participant : Ils viennent par exemple pour assister à des réunions. On discute des fois sur des problèmes spécifiques, des points d'amélioration. Avant, Dr (...) et s'informait sur les projets en cours ; on reçoit aussi des visites externes, des gens nous disent que tel ou tel projet est intéressant ; par exemple, on nous dit qu'on peut présenter tel ou tel projet dans la conférence nationale » (HUP 02).*

Le fait que le site reçoit des visites externes et qu'on insiste tout le temps sur les mêmes éléments, cela a un impact positif sur le degré de mise en œuvre de HEALTHQUAL.

Sous la pression externe, certains sites ont formé les patients en amélioration de la qualité et les ont impliqués dans le comité qualité, même si l'expérience peine à durer dans le temps dans certains sites.

Les évaluations externes, surtout les évaluations organisationnelles ont un impact positif sur le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Cependant, des forces internes aux établissements de santé, comme les valeurs des prestataires, peuvent aussi faire obstacles aux pressions externes.

Ainsi, les facteurs qui jouent sur l'implication des patients, ce sont les facteurs externes, les pressions des partenaires techniques et financiers et aussi, lors des évaluations organisationnelles, les pressions des évaluateurs externes, comme en témoigne la déclaration suivante :

*« L'inclusion des patients. Non, c'est l'évaluation organisationnelle (...), mais quand les équipes viennent pour l'évaluation organisationnelle, il nous suggère deux ou trois fois déjà de faire ça. Bon on a dit ok. Cette année, on va se débrouiller pour trouver quelqu'un (...) Quand même un patient qui est avisé, qui puisse venir à certaines rencontres même s'il n'est pas là tout le temps, mais qui puisse comprendre (...) D'ailleurs, on l'a fait participer à la formation (...) On a fait un recyclage, une formation pour la plupart des cadres qui allaient participer dans les projets, etc. (...) Donc, on l'a invité aussi, il va venir participer pour comprendre le plus que possible aussi ce qui se fait dans l'Healthqual. Et quand il est là, il donne des opinions aussi, il fait des commentaires, il donne des suggestions (...) » (HUIJ 01)*

Un site a pu, en plus d'avoir les patients dans le comité qualité, mettre en œuvre aussi une boîte à suggestions afin de recueillir les doléances des patients grâce à des pressions externes.

*« Facilitateur : Quels sont les facteurs établis pour que vous arriviez à former un bon comité de qualité. Quels sont les facteurs ?*

*Participant : Nous avons plusieurs équipes qui nous rendaient visite, il y a aussi une équipe du MSPP qui était venue. C'était une recommandation, ce n'était pas notre initiative, je vous le dis sincèrement, mais c'est plutôt une recommandation qu'on nous avait faite.*

*Facilitateur : Et vous arriverez vraiment à mettre sur pied cette recommandation.*

*Participant : Et oui. Il y a une chose qu'on n'avait pas mentionnée, c'est la boîte à suggestion. Pour la boîte à suggestion, ça n'arrive pas souvent, mais parfois il y a un prestataire plus précisément le travailleur social qui passe dans la salle d'attente et avise les patients en leur disant : Bonjour, comment allez-vous ? Je suis content de vous voir. Je vois que vous êtes en forme malgré tout. Vous savez même quand vous êtes des femmes enceintes, même quand vous êtes malade, vous avez vos droits aussi donc s'il y a quelque chose dont vous êtes victimes au centre, par exemple si vous avez subi d'un geste quelconque de n'importe quel prestataire, vous pouvez les dénoncer (...) (CDS 2).*

## **Les caractéristiques des réseaux**

Les données de cas 2 (HUI), cas 3 (CDS la Fossette) et cas 4 (NPFS) ont permis de faire des liens entre les variables afin de mieux comprendre les caractéristiques des réseaux. On a constaté que le réseau dans lequel appartient le site peut influencer la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti. En fait, le programme HEALTHQUAL est supporté par une organisation qui fait partie d'un groupe d'acteurs qu'on appelle réseau. Par exemple dans le cadre de HEALTHQUAL, on a identifié les réseaux suivants : le réseau « unité de gestion de projet » (UGP), groupe d'organisation qui offre des supports techniques et financiers aux sites ou établissements publics du MSPP et qui est financé par CDC ; le réseau CMMB, groupe supporté par le Catholic Medical Mission Board (CMMB) et qui reçoit des financements de CDC, de CMMB et d'autres organisations d'affiliation religieuse ; le réseau « projet Santé », réseau financé par USAID ; le réseau « centre pour le développement et la Santé » (CDS) reçoit un support technique et financier de USAID, à travers le « projet Santé ». Un groupe appelé EQUIP constitue aussi un réseau et est financé par USAID et fournit un appui technique et financier aux établissements de santé.

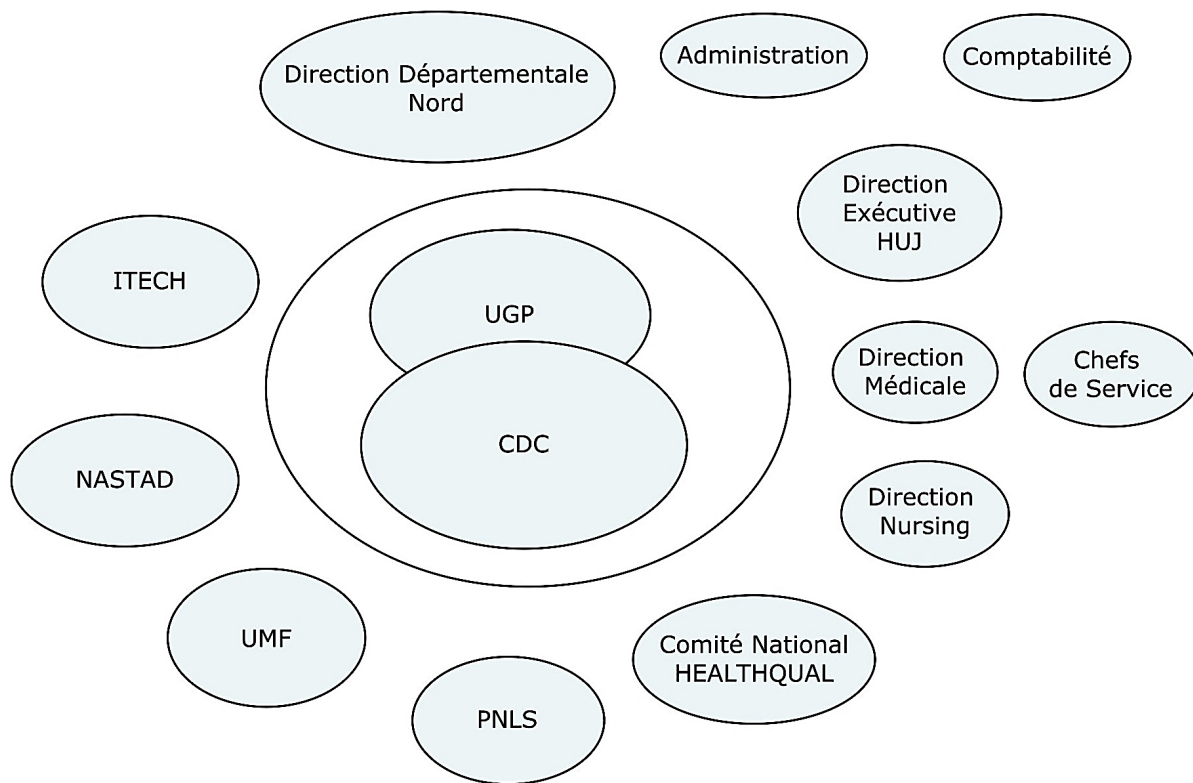
Les caractéristiques du réseau sont importantes : nombre de coaches du réseau, nombre de visite de supervision, les ressources à l'intérieur du réseau, le pouvoir du réseau et la capacité pour mettre le site en lien avec d'autres établissements pour une meilleure collaboration et coordination. Le type de réseau et sa caractéristique influencent la disponibilité des intrants et la survenue de rupture de stock en intrants. Les résultats suivants ont été confirmés :

- L'appartenance à un réseau détermine les ressources disponibles pour la réalisation des projets qualité dans l'établissement de santé
- Les caractéristiques du réseau peuvent influencer la collaboration et le partenariat avec d'autres établissements de santé dans le cadre de HEALTHQUAL
- La qualité du coaching dans le cadre du programme HEALTHQUAL dépend des caractéristiques du réseau et des ressources mobilisées par le réseau

La figure 2 illustre la configuration du réseau d'acteurs qui gravite autour de HUI. On constate que pour HUI, l'acteur central est l'UGP en théorie. Mais le site HUI est plus complexe, cette

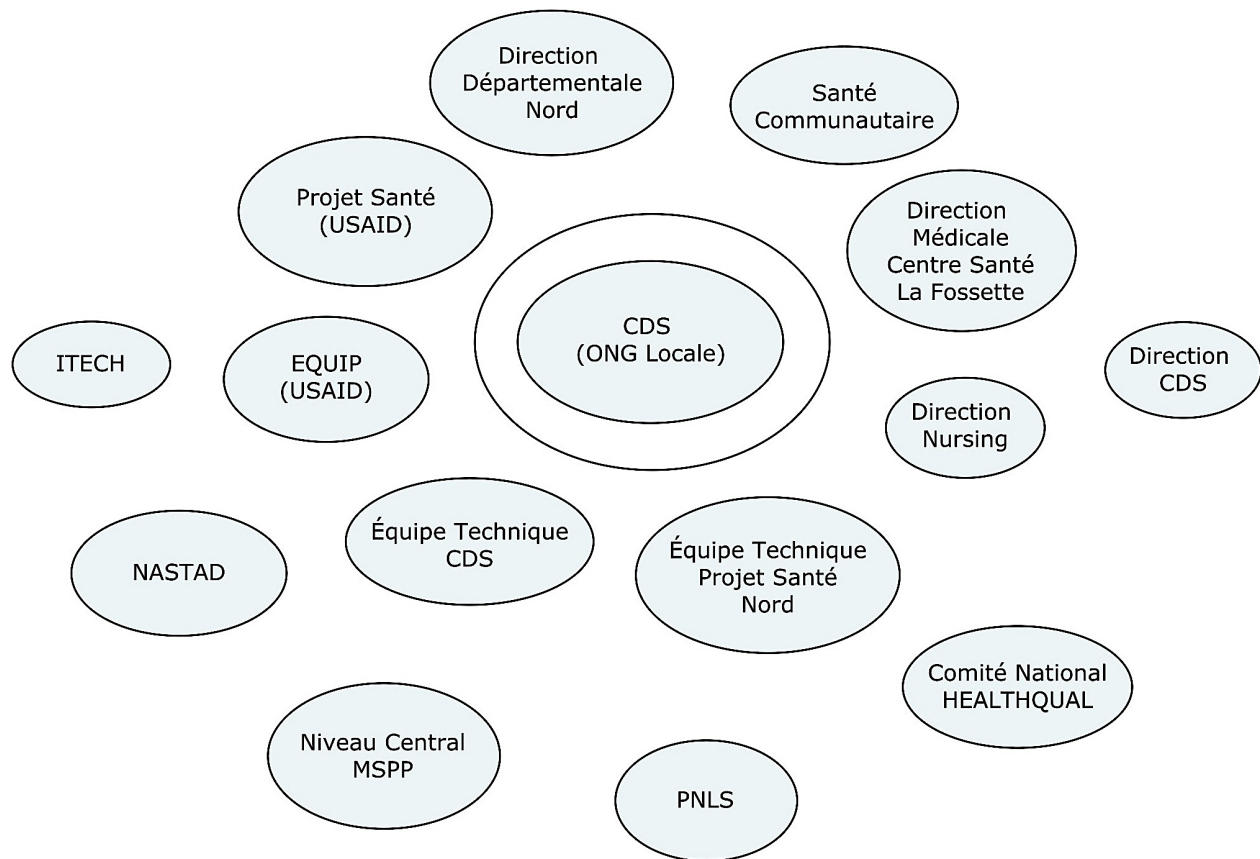
centralité au niveau des acteurs est détenue par UGP et CDC. En fait, HUI c'est l'un des rares sites où le bureau de CDC ou le représentant de CDC et le représentant de UGP qui coordonne le site se trouvent dans le même bâtiment. Normalement en termes de ressources financières, CDC est plus puissant qu'UGP : l'argent PEPFAR est géré par CDC ou USAID ; mais dans le cadre de l'HUI, l'argent PEPFAR transite à travers CDC et ce dernier donne une partie de cet argent au leader du réseau qui est UGP. UGP gère officiellement les sites du « ministère de la Santé publique et de la population » (MSPP).

Contrairement aux autres départements, la direction sanitaire du Département du Nord joue un rôle important dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Le staff au niveau départemental est formé en amélioration de la qualité. La direction sanitaire du Nord (DSN) dispose d'un plan qualité, met en œuvre des projets de qualité au niveau départemental, supervise les sites et réalise les évaluations organisationnelles HEALTHQUAL au niveau des établissements de santé.



**Figure 2. Configuration du réseau d'acteurs de l'HUI.**

La figure 3 montre la configuration du réseau d'acteurs qui gravitent autour du cas 3 (CDS la Fossette). Ce qu'on constate c'est que le réseau d'acteurs qui supporte « CDS la Fossette » dispose de plus de ressources, de pouvoir et de prestige que le réseau d'acteurs qui supportent HUI. Après discussions avec les équipes de « la Fossette », les données ont montré des visites régulières des acteurs du réseau dans le cadre de HEALTHQUAL au moins une ou deux visites par mois soit au moins douze visites par an. Dans le cadre de HUI, les visites sont irrégulières, deux ou trois visites par an.

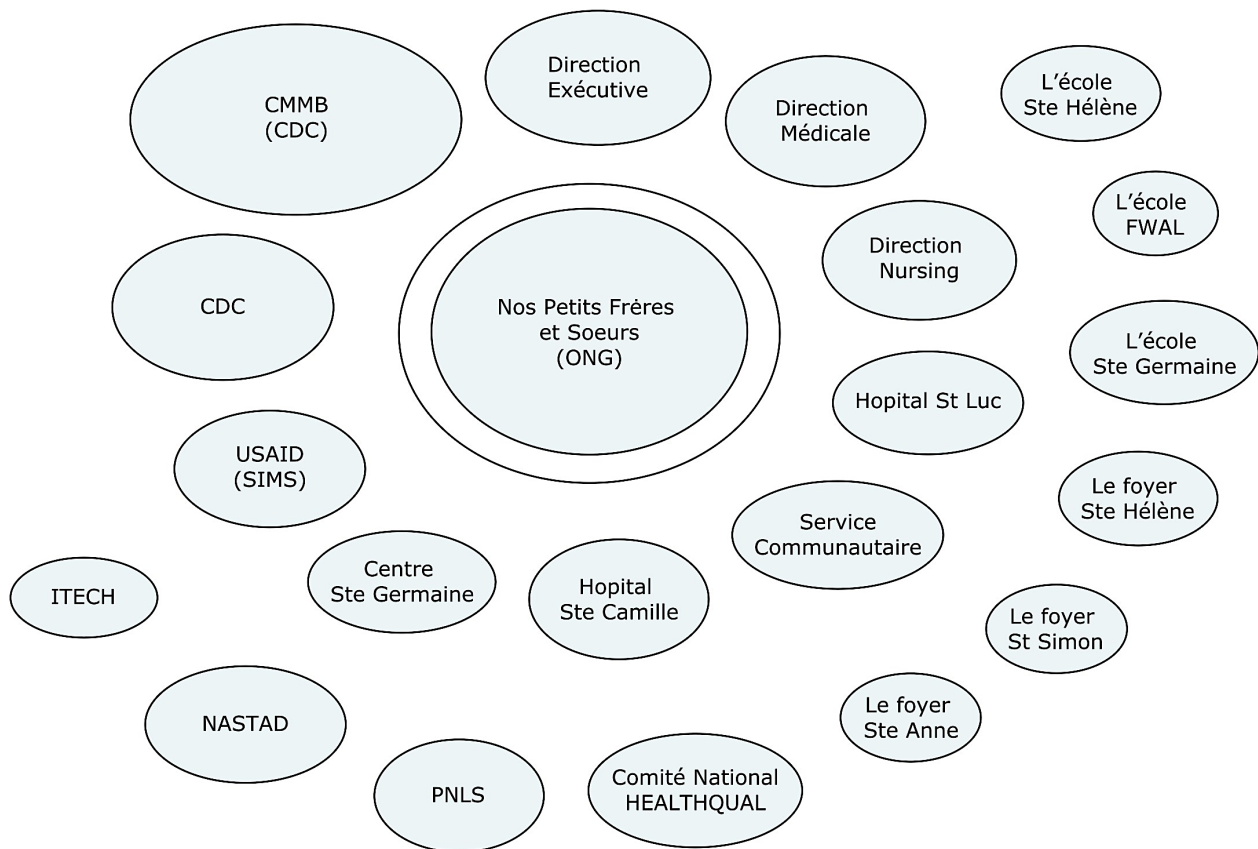


**Figure 3. Configuration du réseau d'acteurs autour du centre de Santé La Fossette.**

À l'hôpital Saint-Damien (NPFS), les caractéristiques du réseau influencent également positivement la mise en œuvre de HEALTHQUAL au sein de l'établissement de santé. C'est un réseau professionnel disposant d'un réseau d'établissements de santé qui collaborent entre eux pour potentialiser leurs ressources et donner des soins complémentaires et de qualité (voir figure

4). C'est le réseau « Catholic Medical Mission Board » (CMMB) qui travaille tant au niveau institutionnel qu'au niveau communautaire. Les ressources de ce réseau facilitent certaines activités de qualité et fournissent un avantage à NPFS comparativement aux réseaux qui ne disposent pas d'autant de ressources relationnelles, de pouvoir et de ressources financières. Les coaches du réseau sont aussi actifs et visitent régulièrement le site afin de fournir une assistance technique pour la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

La figure 4 montre de façon visuelle la configuration des acteurs du réseau « nos petits frères et sœurs » (NPFS). Ce réseau est un peu plus complexe et en même temps plus intégré que les autres réseaux observés. Le programme HEALTHQUAL est implémenté à l'hôpital St Damien grâce à l'appui financier de CDC à travers le réseau CMMB. Mais NPFS est une ONG avec la capacité de mobiliser beaucoup de ressources matérielles, financières, humaines, logistiques et relationnelles afin de faciliter la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Ce réseau a plus de pouvoir et de ressources que les autres réseaux observés. Au sein du réseau, on observe plusieurs établissements de santé qui travaillent en partenariat avec l'hôpital Saint-Damien. Du point de vue communautaire, un réseau d'agents de terrain travaille de concert avec le programme HEALTHQUAL. De plus, NPFS fait partie d'un réseau d'écoles (Sainte-Hélène, FWAL, Sainte-Germaine) qui offre un appui scolaire aux enfants vulnérables, car l'hôpital Saint-Damien est surtout spécialisé dans les soins pédiatriques et les soins spécialisés pour les enfants infectés ou affectés par le VIH. Au niveau communautaire, plusieurs foyers ou des institutions d'accueil pour les enfants vulnérables fournissent un appui aussi au réseau : foyer Sainte-Hélène, foyer Saint-Simon, foyer Sainte-Anne.



**Figure 4. Configuration du réseau CMMB et « nos petits frères et sœurs » (NPFS) de l'hôpital Saint Damien.**

L'implication des coaches et mentors du réseau facilite la mise œuvre et l'apprentissage organisationnel.

*« Ensuite, le fait que le mentor et les instances supérieures aussi soit de l'hôpital, soit du réseau ou bien du programme sont intéressés, ils sont très intéressés, ils motivent les gens. Autre chose c'est que beaucoup de gens qui font partie des équipes ont une certaine expérience de leur travail, peut-être pas forcément de l'Healthqual, mais euh il y en a qui connaît l'Healthqual avant de venir ici » (HUU 01).*

Plusieurs facteurs facilitent la mise en œuvre : le partenariat du réseau et de la direction départementale du Nord dans le suivi des activités HEALTHQUAL dans les sites ; l'implication de la direction départementale du Nord dans les évaluations organisationnelles et le leadership de la direction départementale du Nord en matière d'amélioration de la qualité.

Tout le personnel de la direction départementale du Nord est formé en amélioration de la qualité et met en œuvre des projets qualité au niveau départemental.

Des facteurs systémiques, comme l'implication de la direction départementale dans la planification et la mise en œuvre de HEALTHQUAL au niveau du Département du Nord, expliquent en partie le succès de la mise en œuvre de HEALTHQUAL dans les établissements de santé.

La capacité du réseau de collaborer et coordonner avec d'autres acteurs joue un rôle fondamental dans le succès du réseau afin de fournir des soins de qualité. Dans le cadre de la mise en œuvre de HEALTHQUAL, tous les réseaux ne sont pas égaux en ressources. Les réseaux qui sont capables de négocier des ressources humaines, matérielles et financières avec les partenaires techniques et financiers ont plus de succès dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

*« Et puis ils ont fait un support aussi en logistique. S'il y a des choses qui manquent ou bien des réparations à faire dans la mesure de leur possibilité, ils supportent les sites en ce sens » (NPFS 02)*

*« Bien que de jour en jour, les budgets diminuent (...), mais ils font de leur mieux s'il y a (...) quelque chose qu'ils peuvent trouver dépendamment (...) On nous aide en dehors de notre budget (...) » (NPFS 02).*

Dans le cadre du programme HEALTHQUAL, les réseaux d'acteurs sont complexes et font intervenir des acteurs départementaux, nationaux et internationaux, comme HEALTHQUAL international. HEALTHQUAL international a une capacité de négociation, de mobilisation de ressources et un pouvoir symbolique énorme dans le cadre des acteurs qui gravitent autour du programme HEALTHQUAL. Ainsi, la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL fait intervenir une coalition d'acteurs tant au niveau départemental, national qu'international. Les établissements de santé qui ont une coalition d'acteurs capables de négocier le changement avec les forces politiques de l'établissement de santé et les acteurs clés au niveau externe ont plus de succès dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Il est à noter que dans le cadre de HEALTHQUAL, il y a une organisation ou un nombre restreint d'organisations qui constituent le noyau du réseau et qui disposent de champions et d'acteurs capables de mobiliser les autres



acteurs autour du changement. Cet acteur-noyau ou acteur central du réseau sert de chef d'orchestre en termes de mobilisation de ressources et de reddition de compte.

Le noyau d'acteur est en général constitué d'un ou deux acteurs principaux qui ont la responsabilité de mobiliser les autres acteurs. L'acteur central qui doit rendre compte, mais n'est pas forcément le partenaire technique et financier ou le bailleur. Ce qui est important pour le succès de cet acteur central est sa capacité de négociation avec les autres acteurs, de convaincre et aussi sa capacité de mobiliser des ressources et de coordonner l'action des autres acteurs vers des objectifs communs.

L'acteur central doit être en mesure de désigner un champion externe pour interagir avec les champions internes de l'organisation ou de l'établissement de santé. Ce champion peut servir de mentor ou de coach dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

L'acteur central du réseau doit être en mesure de faire bouger les choses, de coordonner les acteurs et de jouer un rôle de chef d'orchestre. Un médecin a confié ceci :

*« Parce qu'en fait lors qu'on est un réseau ; c'est une institution qui est censé apporter un appui technique dans le cadre du programme ; parce que si votre projet c'est dans le VIH (...) les fonds PEPFAR, il y a deux (2) branches : une partie du fond qui va à l'USAID et une partie qui va à CDC (Center For Disease Control). CDC n'intervient pas directement au niveau des institutions ; ils utilisent des réseaux ou institutions ombrelles ; et ces réseaux sont responsables des résultats de tous les sites qui sont dans le réseau dans tous les domaines ; les grandes orientations du programme se sont pratiquement les sites qui vont les réaliser ; mais c'est au réseau de stimuler, d'encadrer ; d'apporter l'appui nécessaire pour que le site puisse avoir des résultats ; les réunions avec CDC pour analyser la performance ou autre c'est avec les réseaux ; et pour chaque réseau, on va regarder au niveau des sites pourquoi ça marche ici et pourquoi ça ne marche pas ici ; donc, pour qu'un site puisse donner des résultats et avoir une atmosphère de travail correcte, il faut que le réseau soit présent et suit les orientations du ministère de la Santé et qu'il y a une sorte de stimulation du staff, la façon d'organiser tout cela (...) le leadership institutionnel (...) comment le réseau va appuyer (...) parce que pour un réseau qui vient en support technique chaque mois au niveau de l'institution (...) le résultat sera meilleur par rapport à un réseau qui vient chaque trimestre ; parce que celui qui vient chaque mois va pouvoir identifier les problèmes, anticiper les problèmes et les résoudre ; alors que celui qui vient après trois (3) mois va tomber sur des problèmes et parfois il ne pourra rien faire ;*

*donc, dépendamment de l'appui technique apporté par les réseaux, on va avoir de meilleur (...) donc, je pense que leur support c'est primordial pour améliorer la qualité des services (...) » (HUIJ 03).*

Dans le cadre de HEALTHQUAL, certains réseaux favorisent le partenariat en mettant l'accent sur la complémentarité des soins entre divers établissements de santé, la coordination, la collaboration, l'intégration, la continuité et la globalité des soins, tout ceci de façon harmonieuse au sein d'un même réseau. Ce qui a un impact sur la qualité des soins et la performance du site. En témoigne cette citation :

*« Bon, on a une collaboration avec tous les hôpitaux. Par exemple Saint Luc, si on a un patient parce que tu sais que la pédiatrie va de zéro jusqu'à quatorze ans alors jusqu'à quinze ans. Donc, en principe on n'hospitalise pas les adolescents ici, quinze à dix-huit ans (...) donc si jamais il y a un souci, on fait l'approche avec Saint Luc qui peut faire l'hospitalisation pour nous. (...) et puis au niveau de CMMB aussi je crois qu'il y a vingt-deux sites maintenant (...) Donc, on a une très bonne collaboration entre nous. Donc, il y a Sainte Camille qui fait partie du réseau CMMB (...) s'il y a un adulte à hospitaliser, on peut le transférer, on appelle le médecin, etc. Il y a tout un réseau téléphonique, on a tout ça (...) » (NPFS 02).*

Les réseaux qui ont un champion ou des coaches avec une bonne capacité de négociation et qui sont respectés par l'établissement de santé ont plus de succès dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Dans le cadre de la mise en œuvre de HEALTHQUAL, les réseaux ne sont pas statiques. Certains acteurs principaux dans le réseau peuvent gagner en pouvoir et en ressources, d'autres peuvent perdre du pouvoir, des prestiges et des ressources. Ce dynamisme dans les réseaux affecte aussi la performance du programme HEALTHQUAL au niveau des établissements de santé. Une coordonnatrice de programme a exprimé cet état de fait comme suit lors d'une entrevue :

*« Participant : (...) Pour le programme VIH, les réseaux, il y a plusieurs réseaux. Donc, il y a les sites que coiffent les réseaux (...) Les réseaux coiffent les sites (...) Par exemple nous, nous sommes un site. Ok. Nous sommes un site qui est sous (l'ombrelle) du réseau de CMMB (...) C'est Catholic ..., j'ai oublié l'autre M. Donc, si tu vas sur internet et que tu tapes CMMB (...) Donc, GHESKIO par exemple est un réseau, à lui seul. Donc, GHESKIO en donne plusieurs sites, on a comment ça s'appelle ..., je crois qui est un réseau aussi (...) Bon je ne les connais pas tous, non (...) Il y a la CARIS, et puis on a FOSREF (Fondation pour la Santé reproductive et l'éducation familiale). Ça, ce sont les réseaux (...)*

*« Facilitateur : (...) ITECH n'est plus un réseau ? (...) »*

*« Participant : (...) Non, ITECH n'est plus réseau. ITECH maintenant, il n'y a plus d'ITECH. Ça s'appelle CHARESS (...) »*

*(...) CHARESS est un petit réseau maintenant qui est surtout centré sur la formation tout ça (...) Ce n'est pas comme autrefois avec ITECH qui avait des sites vraiment qui faisait la prise en charge (...) Maintenant ils sont surtout responsables avec les réseaux, les autres réseaux de la formation (...) de tout ce qui est en termes de support et puis formation (...) C'est ce qu'ils font (...) » (NPFS 02)*

Parfois la performance du réseau dépend de la performance de quelques sites clés. Comme le montre cette déclaration :

*« Pour te motiver, ils te disent que bon, voilà, voilà (...) parce que le réseau, c'est chaque site qui va contribuer à faire (...) la performance du réseau. Tu vois. Donc, si par exemple, un site est à la traîne, ça seulement peut débalancer la performance du réseau. Donc, il faut vraiment que tout le monde s'y mette pour que le réseau ait une bonne performance » (NPFS 02).*

Et si l'établissement de santé représente une bonne partie de la performance du réseau cela devient le phénomène : « Too big to fail » (trop important pour échouer). C'est une métaphore en lien avec les établissements de santé qui ont une importance cruciale dans la performance du réseau. Au cas où cet établissement de santé ne performe pas correctement, c'est tout le réseau qui risque de s'écrouler et qui va devenir non performant. Quand le bailleur identifie une organisation ombrelle pour coordonner le réseau, il lui donne des objectifs de performance pour le réseau. Le réseau, en général compte sur quelques sites clés pour fournir cette performance. Quand un site prend de l'ampleur dans le réseau et contribue de façon significative dans la performance du réseau, l'acteur principal du réseau est prêt à investir beaucoup de ressources et d'énergie dans cet établissement de santé afin de l'aider à être performant. On considère que tout le monde est dans le même bateau si le bateau coule, tout le monde plonge. Donc, il faut tout faire pour que ce site performe à plein régime et l'acteur principal du réseau accorde une attention particulière à ce site, en témoigne cette déclaration d'une infirmière du comité qualité le cadre du programme HEALTHQUAL :

*« Facilitateur : Quels autres aspects que vous voyez qui font marcher le programme ? »*

*Participant : Bon je peux dire que (CDS La Fossette) c'est le pilier, c'est ça (...) Il n'y a pas d'autre chose. C'est le pilier parce que dès qu'on veut changer une situation (...) Et puis il y a la volonté aussi (...) Et moi, je n'aime pas qu'on se plaigne tout le temps de La Fossette. Cependant, tous nos réseaux que ce soit la direction sanitaire, que ce soit « projet santé » (USAID), ils disent toujours que si La Fossette connaît une faille, eux ils seront affectés parce que CDS La Fossette c'est un grand pilier. On peut dire que nous représentons 80 % dans leur projet vous comprenez (...) Donc, ils travaillent sans relâche donc nous, on ne peut rester les bras croisés (...) On est obligé de se mettre au travail (...) » (CDS 1).*

Quand un site du réseau obtient le statut de « too big to fail », cela facilite la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL et la performance de ce site. On assiste à une mobilisation de ressources, un appui technique accéléré et une attention spéciale pour ces sites, qualifiés de « too big to fail ».

### **L'appropriation du processus par les équipes**

Les sites supportés par USAID ou qui font partie du réseau USAID ont une bonne appropriation du programme HEALTHQUAL comparativement à certains sites du réseau UGP. Il y a une différence : le réseau CDC /UGP a la capacité d'imposer les priorités aux sites publics à travers UGP : Cela crée la frustration au sein de l'équipe, comme on a observé à HUIJ (cas 2). Dans le cas 3, on constate que le « CDS la Fossette » qui est un site de USAID adhère volontairement à HEALTHQUAL. CDC n'a pas le pouvoir de les imposer les priorités, mais d'autres mécanismes de négociation sont en place pour porter le site à s'embarquer dans l'orientation stratégique dans le cadre du programme HEALTHQUAL. D'autres réseaux d'acteurs sont obligés de négocier avec eux, il y a plus de négociation entre le réseau, les responsables du MSPP, CDC, USAID, les membres du site et le leadership de « la Fossette ». Un autre acteur a aussi facilité cette appropriation par les acteurs du site, il s'agit de EQUIP qui a le mandat officiellement dans les réseaux USAID pour supporter la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Par conséquent, ce processus de négociation, de communication fait qu'il y a plus d'appropriation du programme HEALTHQUAL à « la Fossette » quoique dans la tête des gens de « la Fossette », HEALTHQUAL à l'empreinte de CDC et du MSPP. Mais en même temps « la Fossette » est une institution mixte, elle est aussi obligée de respecter les orientations du MSPP donc d'appliquer HEALTHQUAL. Mais ce n'est pas une imposition drastique des priorités de HEALTHQUAL à

« la Fossette ». De fait, il y a eu un processus de discussion, de communication et de négociation. À l'issue de ce processus, le personnel a l'impression de participer dans le processus de planification et de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. À vrai dire c'est une forme d'imposition à l'amiable où l'on a pu faire avaler la pilule au site tout en lui donnant la possibilité de s'impliquer dans le processus. Ce qui crée plus d'enthousiasme et plus d'appropriation de la part du staff et du leadership de « CDS la Fossette » dans la mise en œuvre de HEALTHQUAL.

Quand les orientations stratégiques sont imposées de façon brutale au site et qu'il n'y a pas une appropriation du processus par les acteurs internes, cela crée un blocage lors de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Donc, la capacité de négocier et d'être diplomatique tout en étant ferme dans le contexte haïtien peut jouer un rôle important dans le processus d'appropriation et de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. C'est un jeu d'équilibriste que certains champions et acteurs clés du réseau doivent jouer sans cesse pour influencer le processus de changement dans les sites et pour être acceptés par les acteurs internes.

Ainsi, l'appropriation du processus est un facteur important dont il faut tenir compte lors de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

On a constaté aussi qu'au niveau du cas 4 (NPFS), le niveau d'appropriation est élevé également. Le processus de négociation et de communication est aussi à l'œuvre. Plusieurs acteurs centraux et influents doivent s'harmoniser pour agir : CMMB et NPFS. Il en résulte des communications accrues, ce qui facilite l'appropriation. Donc, même lorsque les sites subissent des pressions externes, ils peuvent s'adapter et s'approprier du processus et être motivés pour la mise en œuvre.

### **L'infrastructure qualité.**

Le programme HEALTHQUAL dispose d'un dossier médical électronique (DME) appelé i-Santé et du système d'information agrégée, appelé MESI. Certains sites sont très avancés par rapport au reste du système, ils sont complètement électroniques (informatisés) et n'utilisent plus le dossier papier. Cependant, d'autres sites ont gardé à la fois le système électronique et le système papier au cas où il y a coupure d'électricité et des problèmes avec l'internet. Un participant a fait le constat suivant :

*« Oui, je les ai aussi à partir de ce classeur que j'ai. C'est là que je les ai classés. Normalement on ne devrait pas avoir des dossiers, mais vu la réalité du pays on est obligé de le faire parce que des fois il n'y a pas d'électricité. Même s'il y a la génératrice, bon on vient de passer beaucoup de jours sans essence. Si la personne se présente au rendez-vous, on aura des difficultés à le voir. C'est pour cela qu'on fait quand même des dossiers papiers pour les patients même si après, on fait les suivis sur le système. Pour l'enrôlement par exemple, on le fait sur le système et sur des copies dures » (CDS 01).*

Le système d'information électronique facilite aussi la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL dans les établissements de santé. Le système d'information favorise la collecte, l'analyse, le rapportage des données et le suivi des projets qualité et des indicateurs de qualité.

*« On peut toujours dire ramener ça au projet non-VIH, mais (...) alors c'est un constat ; c'est que (...) la façon dont on a commencé avec le programme qualité, il y avait dans le cadre du programme VIH, il y avait une sorte de structure (...) (HUI 03)*

*« Il y a l'EMR qui prend en compte ces informations ; il y a également une autre base de données sur MESI où l'on poste régulièrement les rapports des activités ; et on peut faire une évaluation des performances parce que chaque institution a des cibles à atteindre par rapport aux indicateurs ; donc (euh) (...) on peut voir leur pourcentage de réalisation par rapport aux cibles ; voir est-ce qu'ils sont performants ; donc, en termes de disponibilité, le système d'information est vraiment coûteux pour le programme ; et les prestataires utilisent ça ; c'est très facile de mesurer la performance ; de passer à l'analyse ; et d'entamer des exercices d'amélioration (HUI 03)*

*« Facilitateur : L'EMR facilite tout le processus (...) pour arriver au projet d'amélioration de la qualité (Question posée par l'étudiant-chercheur)*

*« Participant : Évidemment ; non seulement EMR permet de recueillir des données sur les patients, mais il y a également les rapports qui facilitent la tâche ; par exemple si on vous dit que votre rétention est faible ; donc, vous perdez des gens qui sont tombés inactifs ; EMR va vous dire à partir d'un rapport que vous êtes à 60 % ou 40 % et l'EMR va vous donner la population qui est concernée ; et l'EMR va vous donner la liste de tous les patients qui étaient censés bénéficier d'un service et qui ne l'ont pas bénéficié ; et à ce moment-là, vous pouvez aller les faire chercher pour offrir le service ; c'est un système, franchement pour la qualité, c'est un système qui a pratiquement tout ce qu'il faut pour procéder à des tests s'il y a des tests (...) » (HUI 03)*

Par contre, dans certains sites, le système d'information est complètement électronique :

*« Ce sont les exigences du programme ; il est que c'est encore le ministère qui supporte tout cela ; mais il n'y a aucun moyen de voir un patient VIH si ce n'est pas sur le système ; on n'emploie plus de papier ; donc, si vous n'avez pas de papier donc vous n'avez que le système ; donc, les gens utilisent » (HUP 03).*

Dans certains établissements de santé, la structure organisationnelle est assez flexible pour s'adapter aux besoins des patients et mettre sur pied des horaires flexibles pour les patients. Ce qui facilite la performance du site.

*« Participant : Comme autre activité qu'on a. On a un programme où l'on offre les services aux PVVIH les dimanches.*

*Facilitateur : Comment cela s'organise ? (Question posée par l'étudiant-chercheur)*

*Participant : Chaque troisième dimanche du mois, les PVVIH peuvent venir recevoir des services à l'HUP car il y a des gens qui travaillent dans des « factories » (manufacture) et qui n'ont pas le temps durant la semaine. Donc, pour ces catégories de patients VIH, le jour du dimanche les convient mieux. L'équipe de prise en charge se mobilise pour être là afin d'offrir les services ce dimanche-là (...) » (HUP 03)*

L'infrastructure qualité inclue les comités de qualité, les plans de qualité, le système d'information, l'enrichissement des tâches et le degré de flexibilité et d'adaptation du site. Les sites qui ont une infrastructure qualité développée peuvent mettre en œuvre le programme HEALTHQUAL avec plus d'aisance.

## **Facteurs inhibants**

Dans le cadre de HEALTHQUAL, plusieurs tentatives pour intégrer des projets non-VIH ont échoué. Pour les projets non-VIH, dans la majorité des cas, il y a une bonne appropriation de ces projets par le staff, car ces projets n'ont pas été imposés par l'externe. Mais le problème avec les projets non-VIH, c'est surtout le problème de leadership institutionnel, de reddition de compte et de manque de ressources. Ce qu'on a constaté surtout, les gens ont passé beaucoup de temps à faire de réunions et des planifications, mais en bout de ligne, il n'y a pas eu d'implantation. Tout est resté à l'étape de planification. Le grand problème avec les projets non-VIH, c'est le système d'information sanitaire, les ressources financières et logistiques pour leur mise en œuvre. Ces projets non-VIH ont échoué non par manque d'appropriation, mais par manque de ressources et

surtout par manque de leadership et de système de reddition de compte sur le long terme. Il semble qu'il faille un système de reddition de compte pour établir les niveaux de responsabilité et d'engagement. Le développement des infrastructures de qualité pour supporter le programme d'amélioration de la qualité dans les services non-VIH est un facteur déterminant. Dans le cas contraire, les gens tombent dans leur routine et rien n'avance.

Par contre, dans le cadre des projets de qualité VIH, le manque d'appropriation a pu servir d'obstacle car les projets, en général, ont été imposés par les bailleurs et les partenaires techniques et financiers. Pour les projets non-VIH, ces projets en général sont identifiés par le niveau opérationnel et les gens au début sont motivés et s'approprient du projet, mais le grand problème reste le suivi et la mise en œuvre.

Les principaux facteurs inhibants identifiés sont les suivants : les facteurs contextuels de l'environnement socio-politique, le poids des décisions antérieures et la perception des prestataires face à HEALTHQUAL, les mécanismes de reddition de compte inexistant, un système d'information sanitaire inadapté et l'indisponibilité des ressources.

### **Les facteurs contextuels de l'environnement socio-politique**

Un lien entre les grèves et l'irrégularité des réunions dans le cadre du programme HEALTHQUAL ont été mis en évidence. La situation socio-politique du pays a démotivé les équipes dans le cadre de HEALTHQUAL :

*« Un autre problème aussi c'est la situation socio-politique du pays, on vient de faire 3 mois, jusqu'à 4 mois (...) On était un peu paralysé, ce qui n'est pas bon pour le plan de qualité (...) » (HUI 10).*

La grève a eu un impact négatif sur les réunions de staff en général. De plus, le staff laisse aussi le service plus tôt lors des grèves, ce qui diminue sur le nombre d'heure de travail fourni au quotidien par le personnel. Donc, moins de temps sont disponibles pour les activités d'amélioration de la qualité.



Les grèves ont un impact négatif sur la mise en œuvre de HEALTHQUAL de façon générale. Les périodes de grèves influencent négativement les résultats de performance du site. Pendant ces périodes, les services tournent au ralenti.

Par ailleurs, on a pu aussi mettre en évidence un lien entre travail en équipe, les réunions des comités de projets et la mise en œuvre HEALTHQUAL : les grèves et le nombre élevé de patients peuvent expliquer l'irrégularité des réunions et la mise en œuvre lente de certains aspects de HEALTHQUAL.

Les grèves représentent une source de démotivation globale pour le personnel.

De plus, la situation socio-politique et sécuritaire du pays a eu un impact négatif sur la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL comme en témoignent les citations suivantes :

*« (...) Bon premièrement je dois dire que l'environnement peut causer des problèmes (...) parce que récemment, on a un bon nombre de patients qui étaient victimes (...), problème d'environnement (...) » (CDS 01).*

*« Et en plus, ça peut arriver que les gens aient décidé de venir, mais vu que certains quartiers d'ici sont réputés comme des zones chaudes (...) ceci qui fait que les gens ont peur de sortir pour ne pas être victimes. Beaucoup d'habitants ont dû laisser leurs maisons donc l'environnement (...) c'est un grand problème. Donc, dès que la personne rentre dans l'institution, elle doit être servie, on s'est donné cet objectif. La personne ne peut pas rentrer ici pour ne pas trouver de service, vous comprenez. C'est juste un problème d'environnement (...) » (CDS 01)*

Le phénomène de l'insécurité qui s'est matérialisé sous le concept de "pays lock" ou "pays locked" (pays fermé) : l'instabilité politique et l'insécurité qui ont prévalu entre la période de juin à novembre 2019 ; les routes sont bloquées par des gens hostiles au gouvernement ; les gangs et groupes armés circulent librement dans certaines zones de non-droit et la police est impuissante ou refuse de les affronter. Tout ceci a créé un climat délétère où le personnel de santé se sent en insécurité même dans les établissements de santé. Ceci a eu un impact négatif sur la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Par ailleurs, les problèmes logistiques comme les ruptures de stock en intrants ont eu un impact négatif sur la performance du site en termes d'amélioration des indicateurs : malgré tous les efforts pour mettre en œuvre des projets qualité pour améliorer le taux d'immunisation, il n'y a pas eu d'amélioration à cause des ruptures de stock.

Le contexte de gestion des ressources humaines pose un problème pour la gestion au quotidien des ressources humaines dans les établissements de santé publique. Quand le personnel travaille dans le cadre du programme PEPFAR, il a un comportement différent que quand il est complètement sous la supervision complète du MSPP. Quand les gens sont sous contrat avec PEPFAR, ils ont un comportement différent : ils s'intéressent aux résultats et aux activités de qualité, car leur contrat peut ne pas être renouvelé et il y a un système de reddition de compte et de supervision en place. Mais dès que la personne est nommée par l'état, le comportement change, la personne a un comportement moins responsable ce qui entraîne moins de participation dans les activités qualité. Quand la personne est sous la supervision complète du MSPP, elle travaille si elle veut. De plus, le taux d'absentéisme est très élevé pour le personnel sous la supervision du MSPP. On a constaté que des phénomènes de parrainage, de connexion politique influencent la présence du personnel dans les établissements de santé sous le contrôle du MSPP.

Ainsi, la structure de gouvernance en place dans le pays et les normes de gouvernance institutionnelle peuvent influencer la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Ces normes de gouvernance explicites ou implicites dans le secteur public influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Cependant, dans les établissements mixtes dirigés par une ONG et le MSPP de façon conjointe, sous le leadership institutionnel, on peut établir un minimum de reddition de compte et mettre une structure de gouvernance au niveau périphérique qui rend le personnel disponible pour participer dans les activités de qualité. Mais dans ce cas de figure, le leader doit prêcher par l'exemple, comme l'a souligné un responsable :

*« Le directeur doit aussi prêcher par l'exemple, s'il demande au personnel de respecter l'horaire et d'être présent : le directeur doit aussi être présent à l'heure et respecter l'horaire.*

*« Si la personne persiste et vient toujours en retard, on va donner un blâme oral et ensuite, on peut écrire une lettre de blâme.*

*« Même pour le salaire, il faut un « timesheet » ou feuille de temps (pour justifier le salaire). Il faut que la personne travaille 40 h par semaine.*

*« Il y a des employés du MSPP qui voulaient avoir un régime spécial, mais le directeur a refusé ; c'est le même principe pour tout le personnel ; il ne peut pas y avoir deux (2) poids et deux (2) mesures ; c'est le même principe pour tout le monde : que l'on soit employé du MSPP ou employé du CDS.*

*« Pour les employés du MSPP qui sont rebelles et refusent de respecter les règlements et les principes du CDS La Fossette, on les remet à leurs parents (on les envoie à la Direction Sanitaire du Nord ou DSN et le directeur départemental les affecte dans un autre établissement de santé).*

*« Chaque jour, le directeur vérifie la feuille de présence et met des points rouges pour les absents » (CDS 01)*

Cependant, on constate que les normes et les structures de gouvernance au niveau du système de santé et du pays peuvent influencer négativement le passage du programme HIVQUAL vers HEALTHQUAL ou l'intégration de la qualité dans les services non-VIH.

Le MSPP veut intégrer le programme HEALTHQUAL dans les autres services non-VIH du secteur public. Mais plusieurs facteurs systémiques rendent l'intégration difficile. Des facteurs systémiques, comme la centralisation du système de santé, les nominations du personnel de santé au niveau central et le mode centralisé de gestion des ressources humaines, le manque de reddition de compte dans le secteur public, sont des handicaps pour la mise en œuvre de HEALTHQUAL. Il y a un manque de flexibilité pour la répartition du personnel au niveau périphérique. Il y a aussi un manque criant de ressources humaines au niveau des autres services non-VIH, mais le staff qui est disponible est sous-utilisé en même temps. Si le niveau périphérique possède le pouvoir de gérer les ressources humaines, cela aurait plus d'impact en termes de disponibilité des ressources humaines pour les services non-VIH et de façon directe sur le programme HEALTHQUAL au niveau de l'établissement.

### **Le poids des décisions antérieures et la perception de HEALTHQUAL**

La décision stratégique de lancer le programme HIVQUAL comme un programme vertical dans le cadre du programme VIH a créé un précédent et laissé un héritage lourd dans le cadre de

l'évolution du programme HIVQUAL. Au début, ce manque d'intégration du programme VIH dans la structure organisationnelle des établissements de santé a conditionné les changements futurs. Le programme VIH est comme un programme séparé, cloisonné et ceci a un impact sur la mise en œuvre de HEALTHQUAL, car HEALTHQUAL, en théorie, ce sont tous les services, ce n'est pas seulement le VIH (voir section suivante sur le néo-institutionnalisme)

*« Je ne sais pas si c'est pareil pour toutes les institutions. En général, on a l'impression que ce problème peut surgir à n'importe quelle institution. De plus, il y a une différence entre les gens qui sont dans le programme VIH ou bien qui ne sont pas dans le programme VIH. C'est-à-dire les personnes qui sont dans le programme VIH bénéficient de quelque chose qu'elles n'ont pas, donc elles n'ont aucun intérêt à coopérer avec vous. Donc, ça fait qu'on ne sent pas vraiment le besoin quand on a quelque chose à faire en termes de qualité ou bien quelque chose qui ne marche pas qu'on doit améliorer, elles vous montrent qu'elles sont intéressées ; mais quand les équipes se forment, on sait qu'on a du temps à donner, qu'il y a du travail à faire, mais en termes de résultats, on ne va pas trouver ce que l'on cherche vraiment » (HUU 09).*

Maintenant, on sait que le MSPP veut mettre en application les principes et la philosophie de HEALTHQUAL dans les autres services non-VIH, mais c'est difficile puisque dans la tête des gens HEALTHQUAL c'est toujours le VIH alors que le MSPP, en changeant le nom de HIVQUAL vers HEALTHQUAL, veut donner une image plus globale dans le sens qu'on peut intégrer d'autres services, d'autres pathologies et appliquer les concepts et les méthodes d'amélioration de la qualité dans tous les services.

### **Des mécanismes de reddition de compte et de communication inexistantes**

Dans le secteur public, le manque de responsabilité et de communication et les mécanismes de reddition de compte des administrations ou de la direction médicale ou de la direction exécutive ou des leaders ou chefs de services peuvent être des obstacles pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. De façon informelle, on a confié qu'il y a un manque de communication criant au sein des services et entre les services : irrégularité ou absence de réunion des chefs de services. Dans les services non-VIH, on constate une absence ou rareté de réunion d'équipe pour discuter sur les orientations et l'amélioration de la qualité. L'absence de forum et espace de discussion et de communication à l'intérieur des services et entre les services, dans le secteur public, est un facteur qui entrave le passage de HIVQUAL vers HEALTHQUAL.

Le mode de leadership au niveau du programme VIH et le système de reddition de compte et le mode de communication facilitent la mise en œuvre de HIVQUAL. Mais pour arriver à HEALTHQUAL, il faut l'implication aussi d'autres acteurs et des autres services non-VIH, comme la direction médicale, l'administration de l'institution, la direction et les chefs de services. Ceci demande un système de reddition de compte qui n'existe pas dans l'état actuel d'organisation des services du secteur public. Donc, en dehors du programme VIH, on constate une déficience en termes de reddition de compte et de leadership.

L'un des prestataires a fait ce constat :

*« Mais on n'avait pas l'appui des responsables. Chaque fois on soulignait un problème et puis on les soumet, ils prennent ça, mais ils ne donnent aucun feedback, ils ne donnent aucun feedback (...) Donc, ça nous décourageait un peu (...) C'est comme si l'appréciation qu'on a pour le programme, n'est pas aussi manifestée du côté des responsables (...) C'est-à-dire qu'on tient à cœur (...) on fait en sorte que tout soit là pour les patients y compris l'énergie, mais on sent qu'au niveau des chefs, il y a un désintéressement » (HUI 10).*

Un autre prestataire a pointé du doigt l'aspect reddition de compte comme blocage lors de la mise en œuvre de HEALTHQUAL et pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL :

*« Mais quand on est passé à Healthqual, ça englobe toute l'institution, c'est là qu'on commence à avoir des difficultés (...) parce qu'il y a d'autres services qui ne dépendent pas de la coordination du programme. Donc, ils peuvent toujours participer dans des projets qui peuvent améliorer la santé de la population ou les gens qui fréquentent le site, mais puisqu'ils n'intègrent pas le programme, ça a causé une lenteur par rapport aux décisions qui devaient être prises ou bien les projets ne marchent pas comme ça devrait être. Ça peut arriver qu'on identifie un problème et on met une équipe de projet pour travailler là-dessus pour améliorer les données. Mais puisqu'ils ne s'impliquent pas dans le programme ou bien on n'a pas de gens (personnel), là on parle du staff administratif ou bien de la direction qui est là pour l'exécution d'un programme qui est à l'hôpital. Donc, puisque ce n'est pas les mêmes gens qui y prennent part, ça fait qu'on n'a pas abouti aux projets. D'autant plus que pour les résultats, puisque ça englobe toute l'institution, donc ça va donner une note négative par rapport à tout ce qu'on avait prévu d'améliorer (...) car il y a une partie qui n'a pas donné les résultats projetés donc on n'a pas eu les performances qu'on voulait. C'est un handicap majeur parce que quand on va regarder la performance, on ne va pas regarder la performance du programme VIH, mais celle de l'institution. Et parfois il va avoir des problèmes qu'on va essayer de gérer pour l'institution, mais la coordination du programme VIH n'a pas d'autorité sur les autres services de*

*l'hôpital. Donc, à cet effet on va toujours constater au niveau des résultats Healthqual, il y a certains domaines qui ne marchent pas bien (...) parce que comme je vous ai dit il y a certains services qui n'ont pas de redevance envers le programme qualité qui lui-même est à la recherche d'un service de qualité (...) » (HUU 09).*

### **Système d'information sanitaire inadapté**

En dehors du programme VIH, Le système d'information dans les établissements de santé est peu fiable (dans les autres services). Un système d'information inadapté est un obstacle majeur pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. Alors que le programme VIH dispose d'un dossier médical électronique, de l'internet et de l'électricité, dans les autres services, le système d'information est « papier » (manuel) et peu fiable. En témoigne la déclaration suivante d'un participant à la recherche :

*« (...) maintenant pour les autres services, s'il n'y a pas un médecin ou un résident qui fait un travail de sortie (...) le staff n'a pas vraiment cette habitude de faire des évaluations mensuelles, trimestrielles, annuelles des réalisations du service ; parce que c'est des données que le service n'a pas vraiment besoin d'utiliser, ne va pas vraiment présenter à une autorité ; cette routine c'est un peu difficile pour le staff des autres services alors que franchement, on ne peut pas améliorer sans mesurer ; c'est la difficulté à mesurer ; deuxième chose, ce que nous disposons dans le programme en termes de registres, de rapports, d'EMR ne sont pas disponibles dans les autres services ; il faut d'abord avoir des données pour analyser ; dans certains services, ce qu'on appelle le registre de morbidité est franchement (...) je crois que l'un de leur projet c'était ça, ils ont un projet non-VIH et c'était la disponibilité pour le remplissage des registres de morbidité ; parce que quand on met le registre dans les services ; il y a des patients qui ne sont pas enregistrés, ça reste dans les dossiers ; si on veut savoir le nombre d'hospitalisations, de visites, de consultations, on aura un lot de dossier, mais pas il n'y a pas un registre ou l'on peut avoir (...) des données synthétiques ; même si au niveau des archives, on envoie un rapport global à la direction départementale pour qu'ils puissent mettre cela sur le système national ; c'est le système SISNU ; mais je l'avais déjà discuté avec le Dr (...) et le Dr. (...) ce sont des données qui vont représenter l'institution ; ils doivent être sûr que c'est représentatif de ce qui se fait vraiment à l'hôpital ; je crois qu'il m'avait dit il y a quelqu'un qui est en train d'être formé en République dominicaine qui va venir au niveau des archives ; ils attendent cette personne pour restructurer ; mais en attendant, je crois qu'il a la responsabilité d'avoir des données enregistrées dans les registres de morbidité qui va donner une idée du nombre d'hospitalisation, quelle pathologie, est-ce que c'est exeat, est-ce que c'est décès ou autre ; on pourrait faire une analyse préliminaire au moins avoir le taux de décès dans les services » (HUU 03)*

## **L'indisponibilité des ressources**

Dans certains cas, le staff au début est motivé, mais les problèmes de disponibilité des ressources et de rupture de stock en intrant ont ralenti leur élan et crée un sentiment d'impuissance chez certains prestataires. Malgré tous leurs efforts la performance reste inchangée, pire se détériore par manque de ressources et de rupture de stock en intrants, surtout en vaccin.

*« Facilitateur : Si j'ai bien compris, le principal problème, c'était surtout le problème de ressources humaines*

*« Participant : Ressources humaines et deuxièmement l'argent (...) Pour former des gens et troisième problème, c'est le financement (...) Un projet pilote, un projet pilote doit être financé c'est-à-dire que pour démarrer vraiment il faut, il faut, il faut un peu de finance pas trop. Même si ce n'est pas trop, mais il faut quand même des finances (...)*

*« Facilitateur : Mais vous avez pu faire quand même l'étape de planification. Vous avez planifié des choses ?*

*« Participant : Oui tout ça. Tout ceci a été planifié.*

*« Facilitateur : C'est au moment de la mise en œuvre que ça n'a pas marché ?*

*« Participant : Nous étions bien conscients que, qu'il nous manquait, qu'il nous manquait des finances pour exécuter, mais le consensus était de (...) de partir, de commencer avec ce qu'on a (...) sans moyen (...) Et bien vite, les finances nous (...) nous ont rappelé (...) qu'il était vraiment important (...) parce que nous sommes gênés (...) Et c'est une paralysie, c'est un blocage (...) Donc, la motivation de départ, l'enthousiasme, le dynamisme de départ (...) c'est dissipé, mais du moins l'élan du premier, le premier élan est, a pris un (...) a pris un coup (...) » (HUU 02).*

Le manque de ressources crée la frustration chez les prestataires.

*« (...) Oui. À partir de la (...) en général, HEALTHQUAL c'est une très bonne méthode (...) on peut vraiment avoir une idée là où il y a un problème et facilement on peut apporter des améliorations (...)*

*(...) Il y a des projets que depuis 2 ans, nous essayons de mettre sur pied : c'est l'immunisation qui est à un taux très faible. C'est surtout un problème de rupture de stock. Même si nous organisons plusieurs cycles PDSA, dans la pratique il y a toujours rupture de stock (...) C'est là notre grand problème (...) (HUP 01).*

Le temps est aussi une ressource importante et bien des fois, les comités de qualité ou de projets manquent de temps pour le suivi des projets qualité et les réunions. Quand on rate les réunions, il y a un manque de suivi et l'on constate les dégâts après coup.

*« L'autre problème qu'on rencontre souvent, on a tellement une affluence de patients, parfois l'équipe de prise est débordée et n'a pas suffisamment de temps pour faire des réunions d'équipe ; parfois, je peux être disponible, mais l'heure ne convient pas au travail social ; quand le travailleur social est disponible ; le psy n'est pas disponible. Des problèmes de ce genre pour les réunions d'équipe. C'est ainsi que parfois, on rate l'organisation des réunions » (HUP 03)*

Dans certains cas, les équipes de projets se sont mis à la tâche et ont fait des recommandations au leadership de l'institution et au comité qualité, mais il semble qu'il y a des problèmes de suivi des recommandations par le leadership institutionnel, faute de ressources.

Ainsi, dans certains cas, le staff se sent impuissant face au manque de ressources, surtout financières pour la mise en œuvre et le suivi des activités d'amélioration de la qualité. Le manque de capacité de mobilisation de ressources par le leadership institutionnel est un facteur qui freine la mise en œuvre.



## Intégration des résultats dans les modèles du changement

Le tableau 1 intègre les différents thèmes issus de l'analyse dans les sept (7) modèles du changement.

**Tableau 1. Classification des thèmes émergents de la recherche dans les modèles du changement**

Thèmes	Modèles du changement
<b>Facteurs facilitateurs</b>	
Collaboration entre le niveau institutionnel et le niveau communautaire	Le modèle structurel
Le leadership	Le modèle développement organisationnel Le modèle politique
La coordination et collaboration en équipe multidisciplinaire	Le modèle développement organisationnel Le modèle de l'apprentissage organisationnel
Les pressions externes	Le modèle environnemental/néo-institutionnelle (néo-institutionnalisme) Modèle politique
Les caractéristiques des réseaux	Le modèle environnemental/néo-institutionnelle (néo-institutionnalisme) Le modèle hiérarchique et rationnel Modèle politique
L'appropriation du processus par les équipes	Le modèle psychologique
L'infrastructure qualité	Le modèle structurel
<b>Facteurs inhibants</b>	
Les facteurs contextuels de l'environnement socio-politique	Le modèle psychologique
Le poids des décisions antérieures et la perception de HEALTHQUAL	Le modèle néo-institutionnelle (néo-institutionnalisme)
Des mécanismes de reddition de compte et de communication inexistantes	Le modèle politique
Système d'information sanitaire inadapté	Le modèle structurel
L'indisponibilité des ressources	Le modèle hiérarchique et rationnel Le modèle environnemental/néo-institutionnelle (néo-institutionnalisme)

Cette section présente les résultats en fonction des différents modèles du changement.

### **Modèle politique**

On a constaté qu'autour de chaque établissement de santé gravite un ensemble d'acteurs avec différents degrés de pouvoir et de capacité de mobilisation des ressources. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL en Haïti, le pouvoir des acteurs, leurs intérêts et les ressources dont ils contrôlent influencent sur la mise en œuvre de HEALTHQUAL. De plus, la capacité de négociation des acteurs individuels ou collectifs avec les « têtes de ponts » et les détenteurs du pouvoir au niveau organisationnel sont des éléments incontournables pour le succès d'un changement dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Le terme « têtes de pont » est un code in vivo, créé avec « Atlas ti » et reflète bien la réalité de la mise en œuvre du programme de qualité. Sans l'aval des « têtes de ponts », rien ne bouge dans le cadre de ce programme de qualité. Mais on constate que les pressions externes sont aussi importantes. Les acteurs externes qui font partie du réseau d'acteurs qui gravitent autour de l'institution font des coalitions d'acteurs (des acteurs externes influents, des têtes de ponts au niveau organisationnel) afin de faciliter la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Dans les sites où il n'y a que la pression externe et où la négociation avec les têtes de pont au niveau organisationnel ont échoué, des difficultés dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL ont été observées. L'un des médecins interviewés reconnaît le fait que pour faire des changements, il faut négocier avec certains acteurs afin d'avoir leur aval :

*“Maintenant (...) avant de partir pour mon congé, j'ai fait une petite rencontre avec certaine tête de pont pour leur dire (...) Bon (...) J'ai regardé la liste (...) je pense que normalement on devrait replier un petit peu pour voir (...)” (HUIJ 01).*

Il y a aussi beaucoup de relations qui sont informelles et qui sont importantes dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Lors des coalitions, il faut identifier ces acteurs clés afin de vaincre les résistances au changement. En général, on observe des champions au niveau de HEALTHQUAL qui ont une bonne capacité de négociation et qui sont de fins psychologues et capable de vaincre la résistance au changement. Cependant, on constate qu'en fonction des caractéristiques du champion, les négociations peuvent aboutir ou échouer. Donc, c'est important que le champion soit un habile négociateur :

*« Est-ce que je suis un champion ? Euh, dans le sens de leadership oui (...) ça a été le cas. Mais à la fin, c'était pratiquement (...) comment j'allais dire c'était une déception (...) On avait identifié le problème, on avait fait des propositions qui n'avaient pas abouti malheureusement » (...) (HUI 7)*

Si le champion n'arrive pas à convaincre les autres acteurs pour agir, rien ne bouge en général :

*“On avait fait de propositions, mais rien n'a été fait. Donc, je ne sais pas à quel niveau ça a été bloqué. Mais jusqu'à présent rien n'a été fait. Et c'est pareil pour l'autre groupe aussi qui travaille sur la rétention. On avait fait des échanges en ce sens, mais il n'y a pas grande chose qui a été faite” (HUI 7)*

Par contre, les champions internes ou externes à l'établissement de santé qui ont pu négocier correctement le processus de changement en négociant avec les acteurs clés du système ont pu mener à bien les projets de qualité au niveau des établissements de santé. L'un des prestataires a fait la déclaration suivante :

*« Ensuite, le fait que le mentor, les instances supérieures aussi soit de l'hôpital, soit du réseau ou bien du programme sont intéressés, ils sont très intéressés (...) ils motivent les gens » (HUI 01).*

Par conséquent, les coaches/mentors et les acteurs qui ont une capacité pour motiver les gens et négocier le changement ont plus de succès lors de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

### **Le modèle néo-institutionnel**

Les normes institutionnelles jouent un rôle capital dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Les contraintes institutionnelles sont très fortes et contraignantes pour les acteurs au niveau des établissements de santé. Ce qui crée des tensions pour la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Quand les normes institutionnelles sont valorisées et intégrées au niveau de l'établissement de santé, cela favorise la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Les sites qui ont du succès dans l'intégration des patients dans l'amélioration de la qualité sont les sites où il y a plus de congruence entre les normes institutionnelles et la culture des prestataires. Quand on observe un

alignement de l'organisation sur les normes institutionnelles, on constate une mise en œuvre accélérée du programme HEALTHQUAL. Un prestataire au niveau d'un site, géré par une ONG a confié ceci :

*« (...) Par exemple les patients, ce qu'on fait par exemple au niveau de Healthqual, dans le comité d'amélioration de la qualité, on a un patient qui est intégré, qui prend les doléances des autres patients pour qu'on puisse voir un petit peu ce qui ne marche pas, ce qui devrait faire mieux, etc. (...) On a également quelque chose qui s'appelle « patient supporté par patient », donc, ça c'est (...) un petit groupe (de patients). (...) C'est par exemple (...), mais c'est par roulement (...) Il y a un groupe par exemple, aujourd'hui on prend cinq patients de manière aléatoire (...) Ces cinq patients là vont vous dire (...) voilà comment ils trouvent le site (...) Est-ce que par exemple le temps d'attente (...) comment est le temps d'attente (...) comment ils ont trouvé les soins qu'on leur donne (...) Est-ce qu'à la pharmacie, ils ont bien compris les médicaments ? Est-ce que le prestataire leur a bien parlé ? tout ça (...) Donc, euh, ces cinq patients là vont donner leurs plaintes, ce qu'ils entendent des autres patients de manière à ce que nous, nous puissions noter et voir comment améliorer. Maintenant peut être le mois prochain ou deux mois après, ce sera un autre groupe de patients de manière à justement pour ne pas faire syndicat comme s'il y avait quelque chose, etc. Donc, on essaie de faire par roulement pour avoir les doléances, les suggestions, tout ça » (NPFS 02).*

Par conséquent, une augmentation de la conformité entre les pratiques organisationnelles et l'environnement institutionnel facilite la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

La branche historique du néo-institutionnalisme est à l'œuvre dans le cadre du programme HEALTHQUAL.

Le poids des décisions antérieures lors de l'initiation et de l'adoption du programme HIVQUAL ont laissé des empreintes indélébiles dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité. En 2007, le MSPP a officiellement lancé le programme HIVQUAL comme stratégie nationale d'amélioration de la qualité dans le cadre du programme VIH. Par exemple le fait de donner un incitatif financier dans le cadre du programme VIH fait penser aux prestataires des autres services non-VIH, qu'il faut recevoir un incitatif financier pour s'impliquer dans le cadre de HEALTHQUAL comme l'a si bien signifié une infirmière du comité qualité d'un établissement de santé :

*« Il y a un mythe que les gens qui s'impliquent dans HEALTHQUAL ont un intérêt financier ; ceci est dû au fait qu'avant c'était HIVQUAL et le personnel du programme était payé par PEPFAR ou recevait un incitatif de PEPFAR. Donc, pour certains personnels ou employés, dès qu'on s'intéresse à HEALTHQUAL c'est qu'on reçoit quelque chose en plus. Mais c'est un mythe, la qualité fait partie intégrante du travail » (CDS 03).*

Au début, l'amélioration de la qualité s'est focalisée sur la prise en charge des patients PVVIH. Par la suite, en 2012, le MSPP a voulu élargir le cadre et intégrer d'autres services non-VIH dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité. C'est ainsi que le MSPP a décidé de changer le nom : on est passé de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. Mais force est de constater que les projets de qualité qui ont du succès gravitent autour du VIH. Le concept qui explique cette inertie et cette difficulté pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL est le concept de « path-dependency » ou « dépendance au chemin emprunté ».

Les participants à la recherche sont tous unanimes sur les difficultés de passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL :

*« Ok. D'abord, c'était HIVqual comme vous le savez. Il répondait plus ou moins à sa mission parce qu'à ce moment, il visait seulement le programme VIH. Donc, à travers des projets, tout ce qui ne marchait pas, il pouvait les identifier et former des équipes de projet justement pour faire face à tout ce qui n'allait pas. Mais ce n'est pas que ça avait réussi à 100 %, mais quand même on avait l'espoir qu'au fur à mesure qu'on va découvrir des problèmes ; à travers des projets on pourrait améliorer les performances. Mais quand on est passé à HEALTHqual, ça englobe toute l'institution, c'est là qu'on commence à avoir des difficultés (HUI 09)*

Un coach qui encadre les établissements de santé a fait cette constatation :

*« Facilitatrice : J'ai vu que vous avez insisté sur le volet VIH, depuis que le programme est passé de HIVqual à Healthqual y a-t-il quelque chose qui s'est vraiment ajouté pour faire sentir la différence ? (Question posée par une assistante de recherche qui participait à la collecte des données)*

*« Participant recherche : En fait, je dois rappeler que je fais des visites de supervision dans toutes les institutions qui sont dans le réseau du Département de l'ouest donc je suis assez bien imbu pour dire qu'en faites si l'on veut parler de programme Healthqual, on doit quand même reconnaître que ce programme doit être renforcé, parce que quand je dis tout à l'heure qu'il y avait des projets, nés à partir des réunions des comités de qualité, il faut voir que ces projets sont nés à partir du programme VIH or nous savons, en*

*effet nous savons que le dossiers de soins de santé primaires qui se retrouvent dans beaucoup d'hôpitaux, mais je n'ai pas encore vu, je dis bien je n'ai pas encore vu de projet qui soient en dehors du programme VIH, je n'ai pas encore vu cela, ça voudrait dire que bien que le programme s'appelle Healthqual, du point de vue d'évaluation de la performance, je ne pense que l'on soit déjà au temps où l'on peut déjà parler performance des autres programmes autre que le VIH, s'il y a un projet qui a été écrit pour les soins de santé primaires, si ce projet a été écrit au niveau du Département de l'Ouest qui se trouve être mon département, je n'ai jamais été exposé à ce projet-là » (Coach 3)*

Mais le mécanisme à l'œuvre dans ce contexte, c'est l' « héritage politique » qui a créé un champ de pouvoir institutionnel et qui s'est cristallisé de façon si forte qu'il devient difficile de changer ou de modifier la trajectoire empruntée. Cet aspect a été mis en évidence lors d'une entrevue avec un acteur clé du système de santé en Haïti :

*« Bon d'abord l' « Healthqual » a été précédé d'abord par le « HIVqual » (...) Donc, à l'époque de HIVqual il y avait beaucoup d'activités surtout dans le cadre du programme VIH, mais par la suite je ne me rappelle pas exactement quelle année, on a fait une extension vers le Healthqual. Donc, qui quand même c'est une bonne chose. Mais mon impression c'est que dans le cas de ces affaires-là (...) il y a eu à chaque fois des évaluations institutionnelles, mais mon impression c'est que malgré que (...) le Healthqual normalement c'est pour l'institution globalement, mais j'ai toujours comme impression que ça reste quand même VIH (...) comme si enclavé au niveau de l'UMF c'est là où le programme PVVIH est implémenté principalement (...) donc, je n'ai pas l'impression que tout l'hôpital vraiment est un peu lié par le Healthqual c'est-à-dire que ça reste beaucoup plus près de HIVqual (VIH) que l'« Healthqual » (vision plus globale) (...) normalement HEALTHQUAL aurait dû être beaucoup plus intéressant pour l'hôpital (...) (HUI 12).*

Par ailleurs, certains participants sentent qu'au début du lancement du programme PEPFAR, on a pris de mauvaises habitudes qui se sont fortement ossifiées et cristallisées dans les schèmes de pensée des acteurs et qui font que la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL au niveau de tout l'établissement de santé devient difficile. Par conséquent, ces effets pervers expliquent la difficulté de passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL, car dans la perception des gens HEALTHQUAL est la même chose que HIVQUAL et il faut payer les gens ou leur donner un incitatif pour qu'ils s'impliquent. De plus, dès qu'on dit VIH, il y a de l'argent. C'est donc un projet américain et tout projet américain a de l'argent. Un leader d'un établissement de santé a illustré cet aspect comme suit :

*« (...) , mais il y a aussi le fait que, c'est mon impression par rapport à tous les projets, le fait que les gens dès qu'on parle de Healthqual le fait que c'était d'abord HIVqual (...) les gens voient (...) Les gens voient déjà un projet, le programme VIH Ok. Et même si les gens voient un programme même si vous faites une activité pour un projet par rapport à (...) Ou bien encore des activités institutionnelles par rapport à l'Healthqual ou bien HIVqual, les gens voient déjà qu'il va y avoir de l'argent dans cette activité tout ça ou encore (...). C'est-à-dire au niveau de l'hôpital il aurait identifié que Healthqual et HIVqual, mon impression c'est comme PEPFAR (...) Dès qu'on parle de PEPFAR même n'importe quel projet je vais prendre des exemples tout à l'heure, les gens pensent qu'il y a quelque chose à tirer profit (...) alors que la qualité devrait être des choses naturelles (...) Des choses automatiques, comme la qualité (...) La meilleure action de la qualité doit être automatique (...)*

*« La perception des prestataires que dès que c'est VIH, ils doivent être rémunérés pour participer dans les activités reste un obstacle majeur pour passer de HIVQUAL à Healthqual :*

*« Maintenant demander à quelqu'un d'avoir des activités maintenant pour changer de comportement en termes de qualité (...) c'est-à-dire comment pour améliorer l'accueil. Globalement, dès qu'on parle de Healthqual et les gens font référence Healthqual, c'est égal à HIVqual (...) donc, automatiquement il y a une résistance même pour les activités que la personne faisait naturellement. Je pense que c'est d'abord pour retourner à la question donc il y a cette mauvaise tendance, mauvaise impression ou bien encore tout ce qui est VIH doit être rémunéré par un personnel quelconque » (HUI 12).*

Ainsi, les décisions antérieures lors de la conception même du projet PEPFAR comme le fait de donner un incitatif pour la prise en charge des PVVIH a eu un effet structurant sur la possibilité d'élargir la philosophie HEALTHQUAL dans les autres services non VIH. Par conséquent, dans la tête des prestataires, si on dit HEALTHQUAL c'est PEPFAR, on doit recevoir quelque chose afin de s'impliquer à fond.

*« Oui c'est ça, c'est ça. Je ne sais pas si c'est pareil pour toutes les institutions. En général, on a l'impression que ce problème peut surgir à n'importe quelle institution. De plus, il y a une différence entre les gens qui sont dans le programme ou bien qui ne sont pas dans le programme. C'est-à-dire les personnes qui sont dans le programme bénéficient de quelque chose qu'elles n'ont pas, donc elles n'ont aucun intérêt à coopérer avec vous. Donc, ça fait qu'on ne sent pas vraiment le besoin quand on a quelque chose à faire en termes de qualité ou bien quelque chose qui ne marche pas qu'on doit améliorer, elles vous montrent qu'elles sont intéressées (...), mais quand les équipes se forment, on sait qu'on a du temps à donner, qu'il y a du travail à faire, mais en termes de résultats on ne va pas trouver ce que l'on cherche vraiment » (HUI 09).*

Les décisions ou orientations problématiques lors du lancement du programme VIH par les bailleurs, principalement PEPFAR, ont des conséquences sur le programme jusqu'à maintenant (durant la période d'observation : 2012-2020) et expliquent les difficultés d'élargir HEALTHQUAL et de l'implémenter dans les autres services non-VIH. Ces orientations ont créé des effets pervers qui sont structurants dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

La branche historique du néo-institutionnalisme explique surtout l'inertie et les résistances au changement dans le cadre de HEALTHQUAL.

Ainsi le fait que des pratiques socio-culturelles se sont routinisées dans les schèmes de pensée des acteurs et leur comportement, il devient difficile de faire marche arrière et de réorienter le programme HIVQUAL : d'où les difficultés de passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. Certains prestataires au niveau du terrain ne font pas de différence entre HIVQUAL et HEALTHQUAL :

*« Facilitateur : Je me rappelle en 2007 on parlait de HIVQUAL et en 2012, le MSPP est venu avec HEALTHQUAL ; Est-ce que vous avez l'impression que HIVQUAL est différent de HEALTHQUAL ? (Question posée par l'étudiant-chercheur).*

*Participant : Quand je vois HIVQUAL et HEALTHQUAL, pour moi, il n'y a pas de différence parce que nous, au niveau du site VIH, on travaille sur le VIH, c'est toujours les mêmes choses, les mêmes rubriques ; ce sont les mêmes données ; il y a des indicateurs nouveaux ; des fois on peut être déficients sur certains indicateurs, mais en général ce sont les mêmes indicateurs » (HUIJ 04).*

L'autre difficulté pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL, c'est le manque d'implication du leadership institutionnel et la promotion des nouvelles normes au niveau de l'organisation afin que la nouvelle approche soit valorisée par les autres services et les prestataires des autres services :

*« Oui à partir de ce que je viens d'expliquer, c'est ce qu'il paraît être (...) parce que vu que le bailleur lui-même tient toujours à ce qu'on donne de plus en plus de performance, ça fait que l'équipe qui est là pour le HIV, reste motivé pour garder un certain standard. Ça fait qu'aussi même si on a HEALTHqual, mais au fond c'est HIVqual qui paraît (...) parce que les institutions en général, de façon globale ne sont pas*



*impliquées vraiment. Sinon on aurait un très bon système de santé à travers le pays en fait pour les sites qui ont le programme HIV, mais ce n'est pas ce qui est écrit. Vous comprenez. Ils ont toujours voulu faire l'intégration, mais c'est peut-être la charge de l'intégration, j'ai l'impression (...) parce qu'on dit toujours le programme VIH peut n'y être plus (...), mais l'institution reste. Donc, tout ce que le programme VIH a, restera pour l'institution en termes de service. Mais si vous allez dans la réalité, vous verrez c'est le jour et la nuit en termes de structure, ce qui se fait à travers le programme VIH et ce qui se fait globalement dans l'institution. [7 :42-8 :55] (HUU 09)*

*Facilitateur : Maintenant pourquoi HIVqual a des difficultés vraiment pour devenir HEALTHqual, comment vous expliquez ça ? Pourquoi il ne peut pas être vraiment HEALTHqual ? (Question posée par l'étudiant-chercheur)*

*Participant : Bon ce qui est à la base c'est un manque de motivation chez le personnel et puis l'administration de l'hôpital parce qu'il y a beaucoup de choses qui dépend d'elle. Vous comprenez (...) parce que c'est elle (l'administration) qui doit donner le ton. Il y a beaucoup de choses, par exemple si j'ai dit qu'il y a un problème d'eau au niveau des robinets, c'est-à-dire pour les prestataires après avoir vu les malades, ils n'ont pas de l'eau pour se laver leurs mains. Ça c'est un constat, c'est un exemple, là ce n'est pas à n'importe qui de chercher l'eau. Il revient à l'administration de l'hôpital de résoudre ce problème » (HUU 09)*

La culture médicale environnante explique la difficulté pour impliquer les patients dans les initiatives de qualité. Il y a des forces institutionnelles en jeu. L'implication des patients est l'une des composantes du programme HEALTHQUAL qui est la moins mise en œuvre dans le cadre de HEALTHQUAL-Haïti. Comment expliquer cela ? L'explication vient de la branche sociologique du néo-institutionnalisme : le comportement des acteurs est façonné par la culture ambiante et ne fait que reproduire ces normes implicites ou explicites. Cette culture c'est la culture de domination médicale et de la vision biomédicale des soins par les prestataires, enracinées dans leur formation médicale et universitaire et leur processus de socialisation. Certains prestataires ont même confié en coulisse que le système n'est pas encore prêt pour intégrer les patients dans les processus d'amélioration de la qualité.

### **Le modèle psychologique**

La capacité pour les acteurs institutionnels de vaincre les résistances au changement est fondamentale lors de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Les champions externes

et internes doivent être en mesure de former des coalitions gagnantes pour le changement en négociant avec les acteurs internes au niveau de l'établissement de santé afin de vaincre leur résistance face au changement.

Les sites où la résistance au changement est énorme et où les acteurs internes n'ont pas adhéré au changement ont des difficultés pour mettre en œuvre le programme HEALTHQUAL.

Les têtes de pont et les champions au niveau des établissements de santé et des acteurs externes ont des capacités pour influencer le comportement des prestataires et les aider à développer des attitudes et des croyances favorables à l'implantation du programme HEALTHQUAL au niveau de l'établissement de santé afin de vaincre les résistances au changement. Des acteurs externes, comme les coaches du programme HEALTHQUAL et les partenaires techniques et financiers comme CDC, UGP, CMMB, EQUIP jouent un rôle fondamental dans le renforcement des normes, des principes et de la philosophie du programme HEALTHQUAL. Les coaches font des suivis au niveau institutionnel afin de faciliter la congruence entre les normes du programme HEALTHQUAL et les pratiques des prestataires.

La démotivation et la frustration des prestataires sont des handicaps pour la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Plusieurs facteurs affectent le moral des équipes de qualité comme les grèves à répétition, le manque de ressources, les ruptures de stocks et le sentiment d'impuissance face à leur manque de performance pour certains indicateurs de qualité. Par exemple, un médecin a confié que le sentiment d'impuissance affecte leur attitude et leur moral face à certains changements.

*“Ensuite, il y a eu un autre projet d'immunisation chez les enfants. Ça c'est un gros problème. On nous demande de faire des vaccins, mais il y a toujours un problème de rupture de stock des vaccins ; les parents des fois ne sont pas toujours responsables pour respecter le calendrier vaccinal ; c'est (...)” (HUP 02)*

*“Il y a des projets que depuis 2 ans, nous essayons de mettre sur pied : c'est l'immunisation qui est à un taux très très faible. C'est surtout un problème de rupture de stock (HUP 01).*

Des processus internes qui amènent vers la démotivation et la frustration peuvent servir d'obstacle pour la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Ces processus psychologiques qui démotivent les prestataires sont liés à des facteurs contextuels, comme les grèves, les ruptures de stocks. D'autres sources de frustration viennent du sentiment d'impuissance d'avoir bien mis en application les outils et les méthodes du programme HEALTHQUAL, mais en bout de ligne on ne constate pas de changement dans les indicateurs de qualité :

*« Même si nous organisons plusieurs cycles PDSA, dans la pratique il y a toujours rupture de stock. »  
(HUP 01)*

Une infirmière a confié ce qui suit :

*« Il y a tellement de frustrations, c'est par rapport aux frustrations que les gens ne se sont pas engagés »  
(HUI 11)*

Les établissements de santé qui sont en mesure de motiver le personnel par un environnement de travail et un climat organisationnel adéquat en termes de processus d'échange sur les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre ont plus de chance de succès dans le cadre du programme HEALTHQUAL.

Quand les acteurs internes, les coordonnateurs ou coordonnatrices des sites, les gestionnaires des sites, les champions et les têtes de pont de l'établissement de santé valorisent le programme HEALTHQUAL et ont une bonne perception du programme, le degré de mise en œuvre augmente. Quand les coaches et les superviseurs renforcent les normes du programme HEALTHQUAL, le programme est plus valorisé par les prestataires. Ce processus de renforcement de normes se réalise aussi à travers les conférences nationales dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Ces conférences nationales réunissent les principaux acteurs clés du programme HEALTHQUAL et discutent de l'évolution du programme et servent aussi d'espace pour le partage d'expérience entre les établissements de santé, pour la présentation des initiatives de qualité et la promotion des meilleures pratiques. L'un des médecins au niveau d'un site a confié ceci :

*« Bon maintenant, la source de motivation ce sont les congrès nationaux HEALTHQUAL ; à chaque fois qu'il y a un congrès, on nous demande si nous avons des projets qualité à présenter dans le congrès de qualité au niveau national. En plus, on a eu un projet qualité qu'on avait présente en Ouganda : on avait obtenu un prix pour ce projet. Maintenant on fait des projets locaux dans le cadre d'amélioration de la prise en charge au niveau du site » (HUP 02)*

L'internalisation des normes du programme HEALTHQUAL par les prestataires peut faciliter la mise en œuvre.

### **Modèle de développement organisationnel**

Le travail en équipe multidisciplinaire permet de mettre l'accent sur les valeurs de participation et de consensus. Les coordonnateurs des sites qui insistent sur la délégation de tâches et prônent le leadership participatif ont plus de succès dans la mise en œuvre de HEALTHQUAL. Ces coordonnateurs ont la capacité de s'entourer de champions et de têtes de ponts et partagent le pouvoir avec l'équipe en décentralisant le processus décisionnel afin de faciliter la mise en œuvre des projets qualité. L'un des médecins a confié ceci :

*« On a plusieurs projets qualité. Comment on s'organise ? En général, on fait une répartition de tâche entre les membres de l'équipe. Puis on répartit les différents problèmes à résoudre. On peut par exemple donner le mandat à une équipe pour travailler sur le CD4, un autre groupe sur une autre problématique. Le groupe va se réunir pour travailler sur la problématique et faire des présentations à tout le monde afin de voir l'évolution de la problématique dans le temps » (HUP 03)*

On constate aussi une meilleure coordination et collaboration entre les membres des équipes de qualité lors de la mise en œuvre des projets qualité. Ce qui a un impact positif sur la culture de travailler en équipe et l'enrichissement des tâches. L'un des participants a confié ceci :

*“Tous les mardis on a une réunion d'équipe dans le cadre de HEALTHQUAL. Tout le monde est là. On discute des rapports HEALTHQUAL, de l'évolution des projets qualité. On discute en équipe les indicateurs qui sont améliorés et les indicateurs qui sont en train de se détériorer. Ainsi on peut recevoir le feedback des membres de l'équipe et insister sur les points à améliorer et les initiatives à entreprendre” (HUP 03).*

L'aspect leadership est fondamental pour la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Les sites les plus structurés dans le cadre de HEALTHQUAL sont les sites qui ont un leadership qui

s'implique dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Un coach du programme HEALTHQUAL a fait cette constatation :

*« La principale faiblesse pour moi demeure, c'est lié totalement au pays, c'est le manque d'engagement réel des leaderships et c'est ça, c'est la raison pour laquelle quand on va faire une réévaluation institutionnelle l'aspect leadership qui est fondamental. Dans les institutions où l'on s'est rendu (...) le leadership (...) quand la direction médicale s'approprie de la méthodologie, ça marche parfaitement bien, les initiatives viennent de ces institutions. Dès que le leadership a compris l'idée, a compris la façon de faire ; ce n'est pas l'équipe nationale, ni les coaches qui vont solliciter les activités pour l'institution, c'est l'institution qui vous appelle pour vous dire qu'on veut organiser les activités, est-ce que vous pouvez nous assister ? À l'inverse lorsque le leadership ne s'approprie pas de l'approche, la charge devient beaucoup plus au niveau central pour aller pousser le personnel, pousser l'institution » (Coach 1).*

### **Modèle structurel**

L'infrastructure qualité au niveau des établissements de santé facilite la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Quand on parle d'infrastructure, on y inclut : le système d'information sanitaire (SIS), les plans qualité, les comités qualité et les caractéristiques de l'organisation.

Le SIS est un facteur facilitant dans le cadre de HEALTHQUAL comme l'un des participants de la recherche a déclaré :

*« Il y a l'EMR (Electronic Medical Record) qui prend en compte ces informations ; il y a également une autre base de données sur MESI où l'on poste régulièrement les rapports des activités ; et on peut faire une évaluation des performances parce que chaque institution a des cibles à atteindre par rapport aux indicateurs ; donc, (euh) (...) on peut voir leur pourcentage de réalisation par rapport aux cibles ; voir est-ce qu'ils sont performants ; donc, en termes de disponibilité, le système d'information est vraiment coûteux pour le programme ; et les prestataires utilisent ça ; c'est très facile de mesurer la performance ; de passer à l'analyse ; et d'entamer des exercices d'amélioration » (HUIJ 03).*

Les établissements de santé, qui disposent d'une équipe stable dans le temps, petite et qui a une tradition de travailler ensemble, sont plus aptes à mettre en œuvre le programme HEALTHQUAL comme le montre cette déclaration :

*« C'est très amical ici. On travaille ensemble cela fait un bon bout de temps. C'est la même équipe. La même équipe depuis 7 à 8 ans. Parfois, il y a un changement, mais le noyau de l'équipe est toujours là. On mange ensemble ; on partage la nourriture. On est comme une famille (...) » (HUP 03).*

On constate aussi des problèmes structurels qui expliquent les difficultés de passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. Dans le cadre du programme VIH, on dispose d'un système d'information sanitaire électronique. De plus, la reddition de compte est de mise. La culture d'analyse des données est en vigueur également. Mais en dehors du programme VIH, les autres services rencontrent des difficultés pour collecter, analyser les données et prendre des décisions à partir des données. De plus, les responsables des autres services ne sont pas intégrés dans un système de reddition de compte comme dans le cadre du programme VIH. Un prestataire a illustré ce point comme suit lors d'une interaction avec l'étudiant-chercheur :

*« Facilitateur (F) : Comment expliquer que les projets non-VIH ont des difficultés à prendre chair ? (Question posée par l'étudiant-chercheur).*

*Participant (P) : On peut toujours dire ramener ça au projet non-VIH, mais (...) alors c'est un constat ; c'est que (...) la façon dont on a commencé avec le programme qualité, il y avait dans le cadre du programme VIH, il y avait une sorte de structure (...) C'est beaucoup plus structuré par rapport aux autres services ; probablement il y a aussi un manque de staff dans les autres services ; et puis il y a l'attachement à la routine ; parce que le changement c'est un peu difficile ; étant donné il y a la notion qui existait déjà dans le VIH d'analyser les rapports, l'évaluation de la performance ou autre, etc...ils sont au courant des chiffres ; et ils utilisent les chiffres (...) maintenant pour les autres services, s'il n'y a pas un médecin ou un résident qui fait un travail de sortie (...) le staff n'a pas vraiment cette habitude de faire des évaluations mensuelles, trimestrielles, annuelles des réalisations du service ; parce que ce sont des données que le service n'a pas vraiment besoin d'utiliser, ne va pas vraiment présenter à une autorité ; cette routine c'est un peu difficile pour le staff des autres services alors que franchement, on ne peut pas améliorer sans mesurer ; c'est la difficulté à mesurer ; deuxième chose, ce que nous disposons dans le programme en terme de registres, de rapports, d'EMR (Electronic Medical Record) ne sont pas disponibles dans les autres services ; il faut d'abord avoir des données pour analyser ; dans certains services, ce qu'on appelle le registre de morbidité est franchement (...), je crois que l'un de leur projet c'était ça, ils ont un projet non VIH et c'était la disponibilité pour le remplissage des registres de morbidité ; parce que quand on met le registre dans les services ; il y des patients qui ne sont pas enregistrés, ça reste dans les dossiers ; si on veut savoir le nombre d'hospitalisations, de visites, de consultations, on aura un lot de dossier, mais pas il n'y a pas un registre ou l'on peut avoir des données synthétiques ;*

*(...) même si au niveau des archives, on envoie un rapport global à la direction départementale pour qu'ils puissent mettre cela sur le système national ; c'est le système SISNU ; mais je l'avais déjà discuté avec le Dr (...) et le Dr. (...) c'est des données qui vont représenter l'institution ; ils doivent être sûr que c'est représentatif de ce qui se fait vraiment à l'hôpital ; je crois qu'il m'avait dit il y a quelqu'un qui est en train d'être formé en République dominicaine qui va venir au niveau des archives ; ils attendent cette personne pour restructurer ; mais en attendant, je crois qu'il a la responsabilité d'avoir des données enregistrées dans les registres de morbidité qui va donner une idée du nombre d'hospitalisation, quelle pathologie, est-ce que c'est un exéat, est-ce que c'est un décès ou autre ; on pourrait faire une analyse préliminaire au moins avoir le taux de décès dans les services.*

*Facilitateur : Donc, vous pensez que la difficulté pour les autres services non VIH, c'est qu'ils n'ont pas un système d'information qui a les données disponibles ? (Question posée par l'étudiant-chercheur).*

*Participant : Oui. C'est une première chose; même si on doit admettre que notre EMR dispose des soins de santé primaire pour les patients non-VIH; on avait essayé d'utiliser ce système à la maternité et à la pédiatrie ; ils ont quand même fait un effort pour entrer quelques données, on avait attendu l'inauguration de la pédiatrie pour que l'on puisse avoir tous les patients enregistrés ; les ordinateurs ont été distribués ; mais c'est un changement, c'est beaucoup plus facile de prendre un petit papier et d'écrire fièvre ; au lieu d'écrire toutes les informations nécessaires dans le dossier du patient ; le chef de service de la pédiatrie, le Dr (...) avait pris l'engagement que cela va être fait ; on n'a pas encore procédé à une évaluation du nombre, de la quantité de dossier entrée sur le système ; donc, actuellement, la maternité et la pédiatrie disposent des équipements pour avoir toutes les données sur le système EMR pour les patients non-VIH (...) (HUI 03).*

Les établissements de santé qui ont une expertise communautaire et qui établissent le lien entre les activités institutionnelles et communautaires sont plus performants dans le cadre de HEALTHQUAL. Pour améliorer les indicateurs de qualité de HEALTHQUAL, il faut agir non seulement au niveau des établissements de santé, mais aussi au niveau communautaire à travers un réseau d'agents de santé communautaire. Une infirmière au niveau d'un hôpital a confié ceci :

*« Moi je suis en santé communautaire, c'est dans le domaine dans lequel je travaille. Il va falloir relier avec la santé communautaire. Je participe aussi dans les réunions HEALTHQUAL (...)*

*(...) On organise des réunions avec les patients. On organise des débats avec eux afin qu'ils puissent mieux accepter la maladie et vivre avec l'infection à VIH et accepter leur état. On organise aussi des activités avec les Clubs des mères (...)*

*(...) il y a aussi des activités génératrices de revenue ; des activités artisanales (...)*

*(...) Oui, on organise des visites à domicile.*

*Facilitateur : Comment cela se passe ces visites ? (Question posée par l'étudiant-chercheur).*

*Participant : Il y a des Agents de Terrain (AT) ; et l'on travaille avec ces agents de terrain pour l'organisation de ces visites. On enregistre les adresses des patients ; et les agents de terrain vérifie les adresses et font le suivi. Pour les enfants, on essaie de voir comment ils évoluent, leur environnement, on travaille aussi avec les OEV (HUP 04)*

Un autre médecin a expliqué la pertinence de l'aspect communautaire pour l'atteinte des résultats de HEALTHQUAL en termes d'adhérence et de suivi du traitement et aussi pour faciliter la disponibilité des ARV pour les patients au niveau communautaire afin de faciliter la rétention des patients et leur adhérence comme en témoigne cette déclaration de la part d'une infirmière d'un comité de qualité :

*« Facilitateur : Combien d'indicateurs avez-vous au niveau du système que vous suivez ? (Question posée par l'étudiant-chercheur)*

*Participant : Actuellement on a la rétention des patients, c'est pourquoi on a dû intégrer les agents de santé. Ils étaient des simples agents de santé au niveau de la santé communautaire, responsable de la vaccination, etc. Maintenant on les a formés de façon à ce qu'ils soient des agents de santé polyvalents je peux dire et ils nous aident avec la rétention » (CDS 1)*

La coordination entre le niveau communautaire et le niveau clinique permet aux patients VIH d'avoir une charge virale indétectable et d'améliorer certains indicateurs de performance dans le cadre du programme HEALTHQUAL.

*« Quelqu'un qui est actif prend régulièrement ses ARV pendant une période de 3 mois. Mais le risque de discontinuation, c'est quand la personne a un retard de 8 jours par exemple, mais la personne garde le contact avec l'établissement. Et à ce moment, il faut faire la relance ; c'est pourquoi, on a une équipe multidisciplinaire pour la prise en charge et le suivi des patients. Il y a des travailleurs sociaux, des psy, beaucoup d'Agents de Terrain (AT) pour faire le suivi. Actuellement, il y a un programme de distribution communautaire des ARV, on apporte les médicaments ARV aux patients dans la communauté.*

*Facilitateur (F) : Comment marche ce programme ? (Question posée par l'étudiant-chercheur).*



*Participant (P) : Ce programme c'est surtout du point de vue psycho-sociale. Si le patient évolue très bien sous ARV ; Théoriquement, c'est Dr. (...) qui est venu avec le protocole, mais on vous demande que la personne ait une charge virale indétectable ; mais si c'est quelqu'un qui évolue très bien ; même si la charge virale n'est pas détectable, on peut (...) on envoie ça en communautaire.*

*F : Comment ça se passe ?*

*P : Bon, on a commencé à travailler depuis le mois de mars (2016) ; ça varie ; les agents de terrain que certains patients ne sont pas motivés ; certains patients disent qu'ils sont guéris ; c'est tout un problème ; il y en a d'autres qui prennent leurs médicaments sans problème. C'est comme toujours (...)*

*F : A quel rythme, ils apportent les médicaments aux patients ?*

*P : C'est moi qui fais les ordonnances ; s'il y a un examen récent à faire, on doit en tenir compte ; parfois on peut donner pour 2 mois.*

*F : Qui apporte les médicaments chez les malades ?*

*P : Les Agents de terrain. Puis on leur donne aussi des rendez-vous s'il y a des examens à faire ; on leur dit tel ou tel jour il faut venir (à l'établissement) pour faire les examens ; oui, c'est comme cela (...) » (HUP 02)*

Dans certains établissements de santé, les agents de santé communautaire polyvalents ou les agents de terrain font partie du comité qualité :

*« Facilitateur : Comment vous voyez l'aspect communautaire dans le cadre du programme Healthqual (...) comment ça influence le programme ? (Question posée par l'étudiant-chercheur)*

*Participant : Dans le comité qualité aussi, je ne sais pas si je vous l'ai déjà signalé, on a des agents de santé qui ont intégré le comité. Les agents de santé au niveau de la communauté, ce sont des piliers pour nous et ceci pour tous les programmes » (CDS 2)*

## **Le modèle de l'apprentissage organisationnel**

Les départements sanitaires, où la direction départementale est active dans le cadre du programme HEALTHQUAL, facilitent l'apprentissage organisationnel en mettant l'accent sur l'apprentissage collectif comme le montre cette assertion d'un médecin dans un site :

*« Et autre chose c'est que ce qu'on appelle la « cross-fertilisation » dans ce sens que soit au niveau départemental il y a des réunions trimestrielles pour faire une présentation de la performance du site ; on constate par exemple que tel site est beaucoup plus performant par rapport à un autre site ; donc cela crée une petite sorte de compétition ; il y a aussi la performance globale du Département pour tel indicateur qui dépend de la performance des sites ; donc si on voit qu'un indicateur ne s'améliore pas ce n'est pas la faute de HUU, car on a fait notre travail ; c'est cette dynamique qui fait que pratiquement, ça avance ; donc, le*

*programme est plus structuré ; les bases ont été bien posées ; donc, surtout avec notre système d'information ; donc, c'est beaucoup plus facile » (HUJ 03)*

Les conférences nationales HEALTHQUAL sur la qualité sont aussi des moments d'apprentissage collectif et de partage d'expérience et de bonnes pratiques.

La disponibilité d'un système d'information électronique ou complètement informatisé facilite le partage des données, les suivis des processus d'amélioration et l'apprentissage au sein de l'équipe. Un participant a illustré cet aspect comme suit :

*« Évidemment ; non seulement EMR permet de recueillir des données sur les patients, mais il y a également les rapports qui facilitent la tâche ; par exemple si on vous dit que votre rétention est faible ; donc, vous perdez des gens qui sont tombés inactifs ; EMR va vous dire à partir d'un rapport que vous êtes à 60 % ou 40 % et l'EMR va vous donner la population qui est concernée ; et l'EMR va vous donner la liste de tous les patients qui étaient censés bénéficier d'un service et qui ne l'ont pas bénéficié ; et à ce moment-là, vous pouvez aller les faire chercher pour offrir le service ; c'est un système, franchement pour la qualité (...) c'est un système qui a pratiquement tout ce qu'il faut pour procéder à des tests (...) » (HUJ 03).*

Les coaches dans le cadre du programme HEALTHQUAL jouent un rôle fondamental dans le processus d'apprentissage au niveau des établissements de santé et supportent les sites pour identifier les problèmes de qualité et tester de nouvelles solutions afin de développer des organisations apprenantes.

Dans le cadre de HEALTHQUAL, certains sites bénéficient d'un réseau d'acteurs qui facilitent l'apprentissage organisationnel :

*“Donc, comme ça tout le monde est là et puis tous les sites de temps en temps on a un forum des partenaires où on partage les différentes expériences. Et puis, on essaie d'essayer telle ou telle stratégie qui a marché dans un site et partager les bonnes pratiques tout ça. Donc, (...) C'est assez une bonne collaboration (...) » (NPFS 02)*

Le programme HEALTHQUAL met l'accent sur les cycles PDSA (Plan-Do-Study-Act) qui permet de tester des solutions à petite échelle tout en apprenant du processus. Et chaque nouveau

cycle se base sur le cycle antérieur ; ce qui favorise un apprentissage à petit pas et qui permet de faire des changements graduels.

### **Le modèle rationnel**

Plusieurs éléments du modèle rationnel sont à l'œuvre dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Tout d'abord la variable planification. Les plans qualité sont disponibles dans pratiquement 100 % des sites observés.

Une infirmière a confié ceci :

*« Il y a des balises ; il y a des structures en place afin qu'on puisse améliorer les choses. Il y a des initiatives qui sont prises et des politiques, des plans qui sont lancés afin d'améliorer la situation. (...) On a aussi une idée des résultats attendus ; et on peut travailler pour y arriver (...) » (HUP 04)*

Dans le cadre du programme HEALTHQUAL, les établissements ont des objectifs prédéfinis :

*« (...) Laissez-moi vous dire. On vous donne des objectifs, chaque année on vous en donne. Maintenant pour les suivre, vous ne devez pas à chaque fois vous référer à l'ordinateur pour les avoir. (...) (P parle à quelqu'un d'autre.) Vous comprenez, à chaque fois on doit aller les chercher. Cependant, si on affiche l'objectif annuel ici, ce serait facile d'avoir l'objectif mensuel. Une fois que vous avez l'objectif annuel, vous faites la division en divisant par douze comme ça vous aurez l'objectif mensuel. Et puis je me suis dite chaque mois, je dois avoir tant. Ça veut dire que chaque mois je dois avoir 500 personnes. Par exemple si je fais un test là, je vais voir combien j'en ai et le mois prochain je saurai quoi faire. Mais de l'ordinateur, un simple regard (...) » (CDS 01).*

Mais ce n'est pas forcément parce que c'est planifié que c'est automatiquement mis en œuvre. Les acteurs savent ce qu'il faut faire, mais le grand défi reste comment le faire. Ceci dit, l'emphase est mise sur la résolution de problèmes, selon le modèle rationnel avec analyse des données, identification du problème, identification des indicateurs, choix de la meilleure solution et « testing » ou mise à l'épreuve de la solution. Dans les services non-VIH, les projets qualité restent souvent au stade de planification et ne sont pas mis en œuvre.

On note aussi que le processus est hiérarchique avec une communication de haut en bas. Des acteurs influents décident de certaines procédures, de l'orientation stratégique et des priorités. Comme le montre cette citation :

*« Sur des réseaux. [...] Je pense, alors je crois avoir entendu que c'est le CDC qui avait fait cette exigence. Si je me rappelle, je crois que c'est CDC parce qu'on avait demandé au réseau pourquoi on ne passe pas directement par le travailleur social ou bien le site manager, mais ils ont dit que les CDC ont demandé que l'administration de l'hôpital tient compte davantage de certaines procédures [...] soit la direction du réseau, soit le CDC » (HUIJ 01)*

Un obstacle constaté avec le modèle rationnel c'est le manque de cohérence entre les attentes des gestionnaires et les comportements des acteurs qui implémentent le changement. Ce qui crée des tensions et des difficultés lors de la mise en œuvre. Certains prestataires ont l'impression que les priorités dans le cadre de HEALTHQUAL leur ont été imposées sans leur participation dans le processus.

## Les combinaisons de facteurs

Vingt-huit concepts clés (voir tableau 2, annexe 1, article 3) qui ont été analysés lors de cette recherche : la planification, le contrôle hiérarchique, la communication verticale, la cohérence entre la prévision et le comportement des acteurs, les attitudes et les croyances des acteurs, la « congruence » entre les habitudes des acteurs et le programme HEALTHQUAL, la capacité de vaincre les résistances, le renforcement des normes, la gestion participative, la décentralisation des décisions, la communication horizontale, l'enrichissement des tâches, la capacité d'adaptation, le degré de flexibilité, les attributs organisationnels, le système d'information, le jeu de pouvoir, le degré d'appui des forces politiques, la capacité de négociation, le leadership partagé, le « path-dependency », l'héritage politique, les normes institutionnelles, le degré de conformité entre les contraintes institutionnelles et les pratiques organisationnelles, la capacité pour prendre des initiatives, l'expérimentation, la capacité d'apprentissage et la culture organisationnelle. Le concept suivant n'a pas été observé : la capacité d'accepter les erreurs comme source d'apprentissage.

On constate que le concept suivant « la capacité de négociation » joue un rôle clé. La capacité de négociation influence l'allocation des ressources dans le sens que les réseaux qui ont une bonne capacité de négociation pourront allouer des moyens adéquats pour le processus de production et la mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité. De même les capacités de négociation au niveau des acteurs du niveau opérationnel ou des établissements de santé peuvent influencer les acteurs du réseau et influencer le processus d'allocation des ressources et l'acquisition des ressources. Par conséquent, ces relations sont dynamiques et réciproques.

Une autre variable qui joue un rôle déterminant dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL, c'est la culture organisationnelle et la culture des prestataires. La culture organisationnelle dans le cadre de HEALTHQUAL influence les processus de mise en œuvre de HEALTHQUAL et peut servir soit de facilitateur ou d'obstacle à la mise en œuvre en fonction de la « congruence » entre les normes environnementales et les valeurs des prestataires. Dans le cas de l'implication des patients, les sites, où la culture de qualité et la culture des prestataires ont évolué en faveur de l'implication des patients, sont plus à même de mettre en œuvre cette

composante du programme HEALTHQUAL. En témoigne la déclaration d'une infirmière dans le cadre du programme HEALTHQUAL :

*« Il y a aussi un problème culturel : les gens ont l'habitude de ne pas trop s'intéresser à la qualité ; les gens sont habitués à donner les soins n'importe comment comme il peut ; c'est de la débrouillardise : en créole, il y a un proverbe : tout voum se sol (tout sa ou voye anlè tonbe atè). Mais maintenant avec HEALTHQUAL, les gens doivent changer de comportement, donc c'est plus systématique comme approche ; donc, il y a quand même des résistances ; mais on constate que les personnes qui sont réticentes par rapport à HEALTHQUAL diminuent, car tout le monde a été formé sur HEALTHQUAL maintenant »  
(CDS 03)*

Donc, soient les valeurs des prestataires évoluent pour se mettre en phase avec les normes du programme HEALTHQUAL soit les valeurs organisationnelles restent statiques et sont en contradiction avec les normes et en ce moment, on observe des difficultés de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

La capacité de négociation peut influencer la planification et aussi la capacité de vaincre les résistances au changement. Dans le cadre de HEALTHQUAL, on constate qu'il y a des champions au niveau de l'établissement de santé et dans les réseaux qui gravitent autour de l'établissement de santé. Les champions qui ont des capacités de négociation peuvent planifier des changements et aussi interagir avec les prestataires au niveau des établissements de santé pour vaincre leur résistance par rapport à certains changements souhaités.

Les caractéristiques de l'environnement, en termes de structure des réseaux, de coaching, de mentoring, les capacités de mobilisation des ressources influencent le processus de production et la performance du programme HEALTHQUAL, comme le processus d'amélioration continue de la qualité. Cet aspect est renforcé par cette citation :

*« (...) CMMB, c'est ça qui fait la force de CMMB, je pense (...) Parce que, ils ont, au contraire ils ont la mission là, de partager avec les autres réseaux leurs expériences (...) Parce qu'on a remarqué qu'ils étaient l'un des réseaux les plus performants sur le terrain (...) ce qui fait leur force, c'est parce qu'ils ont une équipe assez dynamique et motivé par rapport avec (...) aussi qu'il y a vraiment quelqu'un qui y tient...qui aime tenir la barre très haute et qui aime vraiment avoir des résultats positifs. Donc, eux, il y a*

*toute une équipe qui accompagne les sites de temps en temps que ce soit une fois par semaine ou bien deux fois par semaine (...) Même par appel téléphonique, on vous appelle, on suit les résultats, on suit les fichiers pour voir dans quel ou quel indicateur vous êtes le plus faible et on vous demande de redresser la barre rapidement, quelle stratégie vous voulez employer (...) Mais ils ne vous demandent pas seulement les stratégies, ils vous suggèrent les stratégies aussi (...) Ils vous suggèrent certaines stratégies que vous pouvez appliquer et puis voir dans quelle mesure ça va marcher. Bien entendu, ils ont des sites en province aussi. Ce qui marche en province, ne marche pas forcément en milieu urbain, mais euh (...) ils font un suivi vraiment très rapproché avec les sites (...) donc, soit par téléphone ou bien, ils se déplacent, ils viennent (...) Donc, ils ont toute une structure communautaire, médecins, laboratoire, informatique qui suit les données sur MESI tout ça. Donc, certaines fois, maintenant ils ont par rapport à la conjoncture du pays, ils ont fait des calls sur zoom. Des calls à distance (...) “ (NPFS 02)*

Les valeurs prônées dans le cadre du programme HEALTHQUAL influencent aussi la mise en œuvre. Plus les valeurs de participation, de travail en équipe sont renforcées au niveau opérationnel et plus les processus de production sont en harmonie avec les normes institutionnelles, plus on observe une amélioration de la mise en œuvre. En fait, on observe des liens complexes entre les variables. Ce sont des liens complexes qui agissent ensemble de façon simultanée. Les principaux concepts suivants interagissent pour faciliter la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL : la culture organisationnelle, le climat organisationnel, les normes institutionnelles, les caractéristiques du réseau, la capacité de mobilisation des ressources influencent les attitudes et les croyances des prestataires, leur pratique et leur mode de fonctionnement.

Quand les normes institutionnelles sont en contradiction avec la culture des prestataires, on observe des difficultés de mise en œuvre dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Plus les normes institutionnelles sont en harmonie avec la culture des prestataires, plus on observe une mise en œuvre accélérée.

La pratique médicale en Haïti est très centrée sur la vision des prestataires ; le médecin sait tout et le médecin décide. En général, les médecins n'impliquent pas vraiment les patients dans les processus d'amélioration au niveau organisationnel. C'est la culture en vigueur avant l'arrivée du programme HIVQUAL en 2007. Puis subitement, en 2007, on demande aux prestataires de changer leur culture et de commencer à impliquer les patients dans les comités de qualité et à

tenir compte de leurs attentes et besoins pour améliorer la qualité des soins. Ce changement en 2007 a semblé être comme un changement radical pour les prestataires. Quand les composantes du programme HEALTHQUAL sont en contradiction avec la culture biomédicale dominante, on observe des difficultés de mise en œuvre. Cette harmonisation entre les normes du programme HEALTHQUAL et les valeurs des acteurs nécessitent aussi des négociations, des coalitions, des apprentissages afin de promouvoir les nouvelles normes. Par conséquent, le modèle politique interagisse avec le modèle psychologique et néo-institutionnaliste pour comprendre la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Quand on a un acteur externe qui négocie avec les acteurs internes et qui arrive à vaincre leur résistance et à influencer les croyances, attitudes et les pratiques des prestataires, on observe une mise en œuvre favorable du programme HEALTHQUAL. Aussi, les normes institutionnelles se sont internalisées par les acteurs internes dans un processus de négociation et de promotions de nouvelles normes et de changement de comportement des acteurs afin de vaincre leur résistance au changement. Quand le leadership des établissements de santé valorise le programme HEALTHQUAL et la philosophie d'amélioration continue de la qualité ceci crée un climat organisationnel propice à la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Donc, on peut aussi combiner le modèle de développement organisationnel, le modèle psychologique et le modèle néo-institutionnaliste pour bien comprendre le succès ou les échecs de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Une configuration de variables, à un moment donné, explique les succès ou les difficultés de mise en œuvre.

Quand la culture organisationnelle, les normes environnementales, les orientations stratégiques et le climat organisationnel sont en harmonie, ceci favorise la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Quand la culture organisationnelle et les orientations stratégiques et le climat organisationnel ne sont pas propices au changement, on observe des difficultés de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL malgré les pressions de l'environnement externe et la configuration des acteurs du réseau qui gravitent autour de l'établissement de santé.



Par ailleurs, le modèle néo-institutionnaliste et le modèle de développement organisationnel et le modèle structurel, en apparence contradictoire, peuvent cohabiter. L'environnement institutionnel dans le modèle théorique proposé façonne la structure organisationnelle et oriente le mode d'apprentissage organisationnelle et le développement organisationnel. Les acteurs au niveau organisationnel intègrent dans leurs schèmes de pensée les normes institutionnelles et les reproduisent dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Les établissements de santé qui ont atteint un haut niveau de mise en œuvre sont ceux qui s'alignent sur leur environnement institutionnel et sont capables de mobiliser des ressources par l'augmentation de leur capacité d'adaptation à leur environnement. Ces établissements de santé arrivent à développer une organisation apprenante, avec une structure flexible et une capacité d'adaptation avec l'évolution de la culture organisationnelle. Tous ces facteurs expliquent le succès de la mise en œuvre.

Quand la culture organisationnelle et la culture des prestataires s'alignent avec la philosophie du programme HEALTHQUAL, cela devient un élément déterminant pour la mise en œuvre de certains aspects du programme HEALTHQUAL. Les difficultés de mise en œuvre surviennent quand les normes de l'environnement institutionnel et la culture des prestataires sont en contradiction : ceci explique les difficultés de la mise en œuvre de certains éléments du programme HEALTHQUAL, comme l'implication des patients dans les comités qualité et l'amélioration des processus et des systèmes. Dans une culture dominée par la vision biomédicale, les prestataires n'appréhendent pas l'avantage comparative d'impliquer les patients et les bénéficiaires dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Pour faciliter la mise en œuvre de cette composante du programme HEALTHQUAL, il faut que la culture des prestataires évolue et s'harmonise avec les normes environnementales. Ces valeurs sont très puissantes et constituent des obstacles majeurs quand il y a un manque de congruence entre les valeurs organisationnelles et les demandes et les pressions externes.

Par ailleurs, s'il est facile d'expliquer le statu quo grâce à la branche historique du néo-institutionnalisme, certaines configurations de variables offrent une lecture plus intégrée et la possibilité de faire un changement tout en tenant compte des contraintes normatives et du modèle néo-institutionnaliste.

L'autre déterminant historique pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL, c'est que les infrastructures qualité au début lors du lancement du programme qualité sont construites autour du VIH. Ce qui fait que le virage vers l'intégration devient de plus en plus difficile car au fil du temps, on assiste à des mécanismes de renforcement des décisions antérieures. D'où une meilleure compréhension des difficultés de passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. Un coach du programme HEALTHQUAL a fait ce constat :

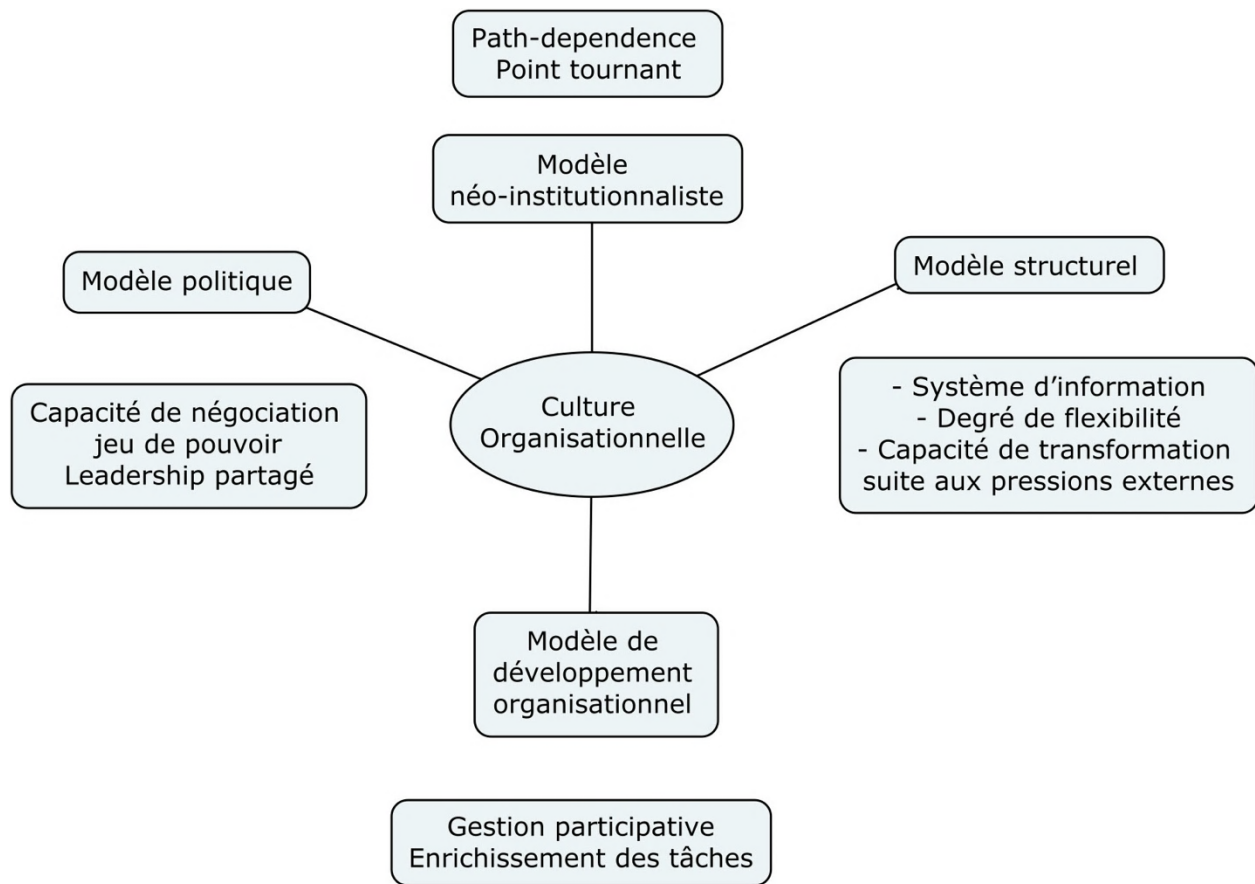
*« Interviewer : Healthqual est passé de Hivqual à Healthqual cependant je remarque que la composante VIH semble être prioritaire, pourquoi ? Je ne vois pas l'intégration de tous les secteurs. (Question posée par une assistante de recherche de l'étudiant-chercheur)*

*Coach : Bon ce qu'il faut comprendre. L'approche est une approche qualitative, elle est globale, tu vas l'appeler Hivqual, parce que tu l'appliques pour VIH, tu pourrais l'appeler « TBqual » parce qu'on l'applique pour la TB, si tu l'appliques à la malaria : « Malaria-qual », c'est comme ça. Mais la particularité, Mais la particularité c'est qu'on a utilisé l'infrastructure dont nous disposons, l'infrastructure électronique qui était beaucoup plus à vocation VIH au début ; comme c'était à beaucoup plus vocation VIH on pouvait donc mesurer les soins VIH pas les autres soins, pour mesurer les autres soins, on a dû faire référence au dossier papier et la charge je vous disais pour avoir les données est fastidieuse, c'est la raison pour laquelle qu'il y a... disons (...) c'est à deux vitesses en quelque sorte pour l'approche globale et le VIH (...) pour le VIH les dossiers sont collectés électroniquement, on fait un click et on a les résultats c'est plus facile pour les institutions d'évaluer leur qualité de service, mais automatiquement qu'on laisse la composante VIH, on veut regarder les autres composantes, on n'a plus de dossiers électroniques, les dossiers sont papiers, ce sont des registres, donc pour savoir quel est l'état des soins fournis il faut qu'on ait quelqu'un qui fasse l'extraction de l'information. Tu veux regarder les patients hypertendus, les problèmes liés à l'hypertension, donc tu dois aller dans les dossiers pour extraire ton échantillon, évaluer pour voir est-ce qu'il y a un problème d'hypertension dans ton institution chez les patients (...) » (Coach 1).*

Cependant, le changement est possible même dans un contexte institutionnel forte, car les acteurs ont des marges de manœuvre : les acteurs à un moment crucial du programme HEALTHQUAL saisissent des fenêtres d'opportunité. Le changement est possible lors des « points tournants », ou durant des périodes de crises, les acteurs peuvent réorienter le programme HEALTHQUAL vers une approche plus globale et intégrée en tenant compte des infrastructures qualité, des ressources, du leadership, des orientations stratégiques et de la culture organisationnelle ou des valeurs des acteurs. Le changement exige un réseau d'acteurs engagés vers ce changement global et intégré et

un leadership à différents niveaux (local, départemental et national). On a quand même constaté que dans certains sites où le leadership institutionnel et les acteurs du réseau sont intéressés aux projets de qualité non-VIH, on a pu mettre en œuvre des projets non-VIH. Par conséquent, les acteurs peuvent quand même se débarrasser du carcan institutionnel et réorienter les stratégies d'amélioration vers les services non-VIH. Ainsi, plusieurs variables peuvent intervenir dans ce contexte, les capacités de négociation, le leadership partagé, le système d'information, la capacité de vaincre les résistances au changement et la culture qualité au niveau organisationnel.

Alors, on peut combiner pour mieux comprendre la mise œuvre de HEALTHQUAL le modèle néo-institutionnaliste (path-dependence, point tournant), le modèle politique (capacité de négociation, jeu de pouvoir, leadership partagé) et le modèle de développement organisationnel (gestion participative, enrichissement des tâches) et structurel (système d'information, degré de flexibilité, capacité de transformation suite aux pressions externes) et la culture organisationnelle pour appréhender la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL dans les différents services au niveau des établissements de santé (voir figure 5).



**Figure 5. Interaction entre le modèle néo-institutionnaliste, le modèle politique, le modèle de développement organisationnel et le modèle structurel et la culture organisationnelle.**

Ainsi, c'est une constellation de variables qui permet à un moment donné d'expliquer le degré de mise en œuvre et non une seule variable considérée de façon isolée.

Par ailleurs, l'autre élément c'est l'interaction entre le modèle rationnel et le modèle de développement organisationnel (voir figure 6). Le modèle rationnel favorise la communication de haut en bas et un contrôle hiérarchique pour s'assurer de la congruence entre la prescription et sa mise en œuvre ; dans le modèle de développement organisationnel, il est donc prôné la communication de bas en haut et une approche participative.

Quand il y a cassure entre les décisions stratégiques et leur manque d'appropriation par le niveau opérationnel, on observe des difficultés de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Quand les préoccupations du niveau opérationnel n'arrivent pas à être satisfaites ou prises en compte par les leaders et les décideurs du sommet hiérarchique, on observe des difficultés de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Un prestataire a illustré cet aspect lors d'une entrevue :

*(...), mais je pense que c'est surtout les hauts commandés (autorités), parce qu'il y a eu des recommandations. Probablement, il y a eu ce programme bien avant. Je n'étais pas là. Peut-être ce sont les principales plaintes de ces groupes qui sont là maintenant. Je crois qu'on a eu deux groupes, deux groupes à travailler sur deux termes différents. Mais peut-être qu'il y a eu certains qui ont participé dans le programme bien avant. Et, ils ont été un petit peu déçus par rapport aux recommandations qui ont été faites (...) Et puis vu que certaines recommandations n'ont pas pu être abouties (...) Ou bien on n'a pas (de suivi), ils n'ont pas été satisfaits. Bon, ça a trainé (...) un petit peu de lenteur par rapport au nouveau programme établi maintenant d'après moi (HUI 06)*

*(...) Alors, alors, on a été clair que nous sommes tous des acteurs pour l'avancement du programme. On a été d'accord sur ce point. Sauf qu'il y a certains facteurs qui ne dépendent pas uniquement de nous. Certains facteurs étaient identifiés, identifiés par d'autres (...)*  
*(...) Nous les avons identifiés, on n'a pas vu (...) on n'a pas vu une volonté manifeste pour répondre à ces...à ces demandes d'où (...). Je ne vais pas parler de négligence, de réticence par rapport au programme parce que (...), on nous avait dit qu'à partir des recommandations (...) c'est ce qui pourrait améliorer le système (...) Mais on n'a pas vu (des actions) (...) et puis il y a des facteurs qui ne dépendent pas de nous. Des facteurs qui ont été identifiés, mais qui ne dépendaient pas de nous, des prestataires de soins (...) (HUI 06)*

*(...) Donc, il y a des facteurs qui ont été identifiés ? [6 :09 -6 :11]*

*(...) Des facteurs internes et des facteurs externes qui ont été identifiés (...) on a fait des recommandations (...)*  
*(...) Ce sont les recommandations surtout (...) alors les responsables n'y prennent pas vraiment au sérieux les recommandations (...) (HUI 06)*

Un autre prestataire a confié ceci :

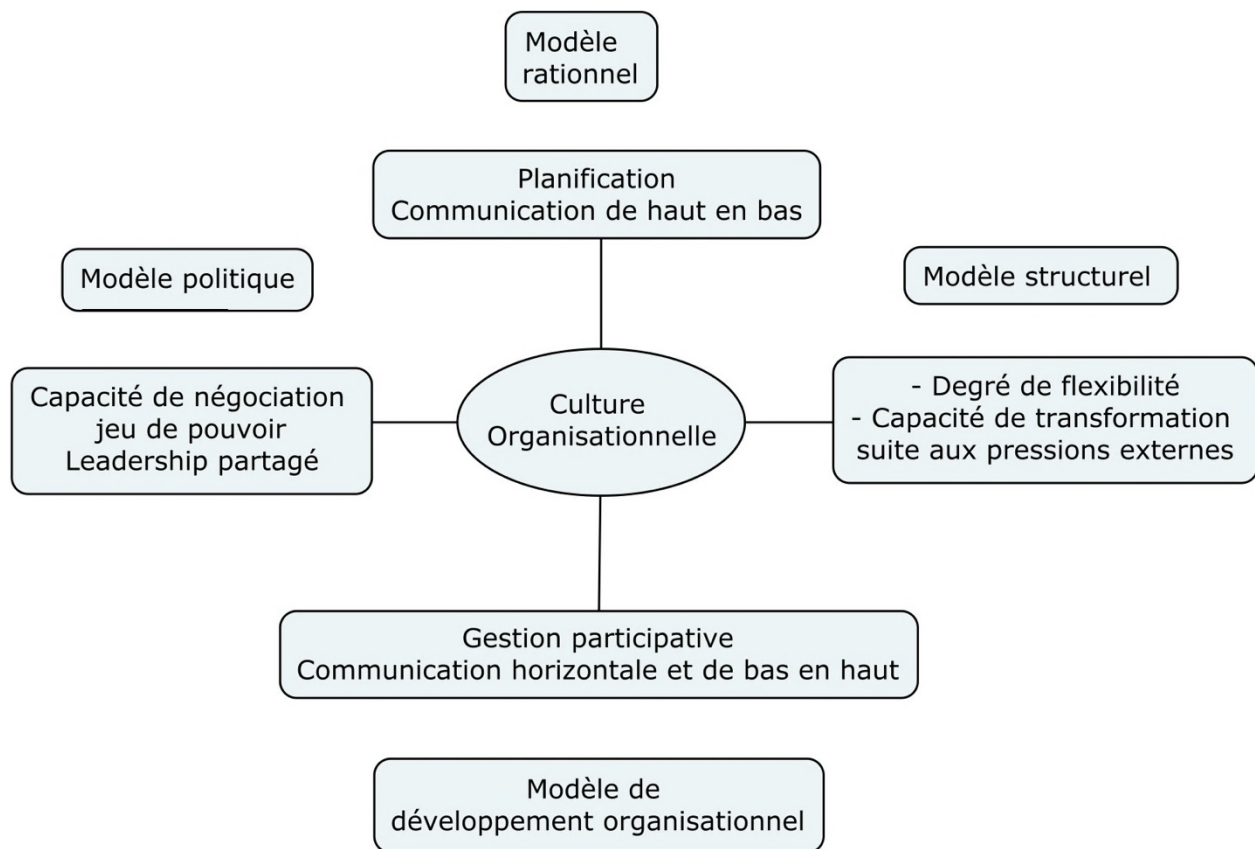
*« Participant : Parce que je coordonnais les activités, j'avais une équipe avec moi. Il y avait un travailleur social, un informaticien, un "dataclerk", il y avait aussi des infirmières en santé communautaire qui étaient*

là. On a fait un travail assez intéressant. Donc, le travail en soi était intéressant, mais les résultats décevants.

*Facilitateur : Mais en termes de proposition, qu'est-ce que vous avez proposé ? Qu'est-ce que vous avez proposé ?*

*Participant : Tout d'abord juste avant d'arriver dans les propositions, il faut voir d'abord les obstacles normalement on a essayé d'identifier les obstacles pour les charges virales. En ce qui concerne les charges virales, c'était d'identifier les patients qui étaient éligibles pour les charges virales. Les obstacles pour lesquels les patients n'avaient pas réalisé les charges virales, même s'il y avait des facteurs, que j'ai envie de dire que c'étaient des facteurs non modifiables. C'était d'abord ça. D'abord, d'identifier les obstacles. D'abord, on va parler d'obstacles. Les obstacles, c'était quoi. Il y avait au prime abord une sorte de file d'attente qui était trop long dans le temps. Donc, on avait fait des propositions pour pouvoir améliorer ça. Parce qu'au début les charges virales étaient, le prélèvement était fait au labo, donc on s'est arrangé pour qu'on ait là 5, 6 prélèvements. Ensuite, les patients qui devraient venir faire leur charge virale, c'est un problème de proximité. Les gens habitent loin. Les gens n'ont même pas de quoi payer leur transport pour pouvoir venir à l'hôpital. Donc, on a fait des propositions en ce sens et aussi il y avait ce fameux programme c'était : PDP, programme de dispensation prolongée. Donc, lorsqu'on donne des médicaments jusqu'à 6 mois à un patient qui ne revient pas. À ce moment-là, lorsqu'on doit faire la charge virale, la personne ne revient pas. Parce qu'elle a suffisamment de médicaments. Donc, on a fait de propositions en ce sens. Qu'est-ce qu'on avait proposé ? On avait proposé de diminuer le programme de dispensation prolongée pour qu'on ait vraiment un contact étroit avec le patient » (HUU 11).*

Ainsi, dans l'exemple de la figure 6, on constate que plusieurs modèles du changement se combinent pour expliquer les difficultés de mise œuvre : le modèle rationnel (planification, communication de haut en bas) et le modèle de développement organisationnel (gestion participative, communication horizontale et de bas en haut) et le modèle politique (capacité de négociation, jeu de pouvoir, appui des forces organisationnelles), le modèle structurel (flexibilité et capacité d'adaptation) et la culture organisationnelle (voir figure 6). Donc, quand le mode de communication de haut en bas ne rejoint pas la communication de bas en haut et qu'il y a un manque de négociation et de communication, on constate des frustrations et un manque d'appropriation du processus par les acteurs internes des établissements de santé.



**Figure 6. Interaction entre le modèle rationnel, le modèle politique, le modèle de développement organisationnel et la culture organisationnelle.**

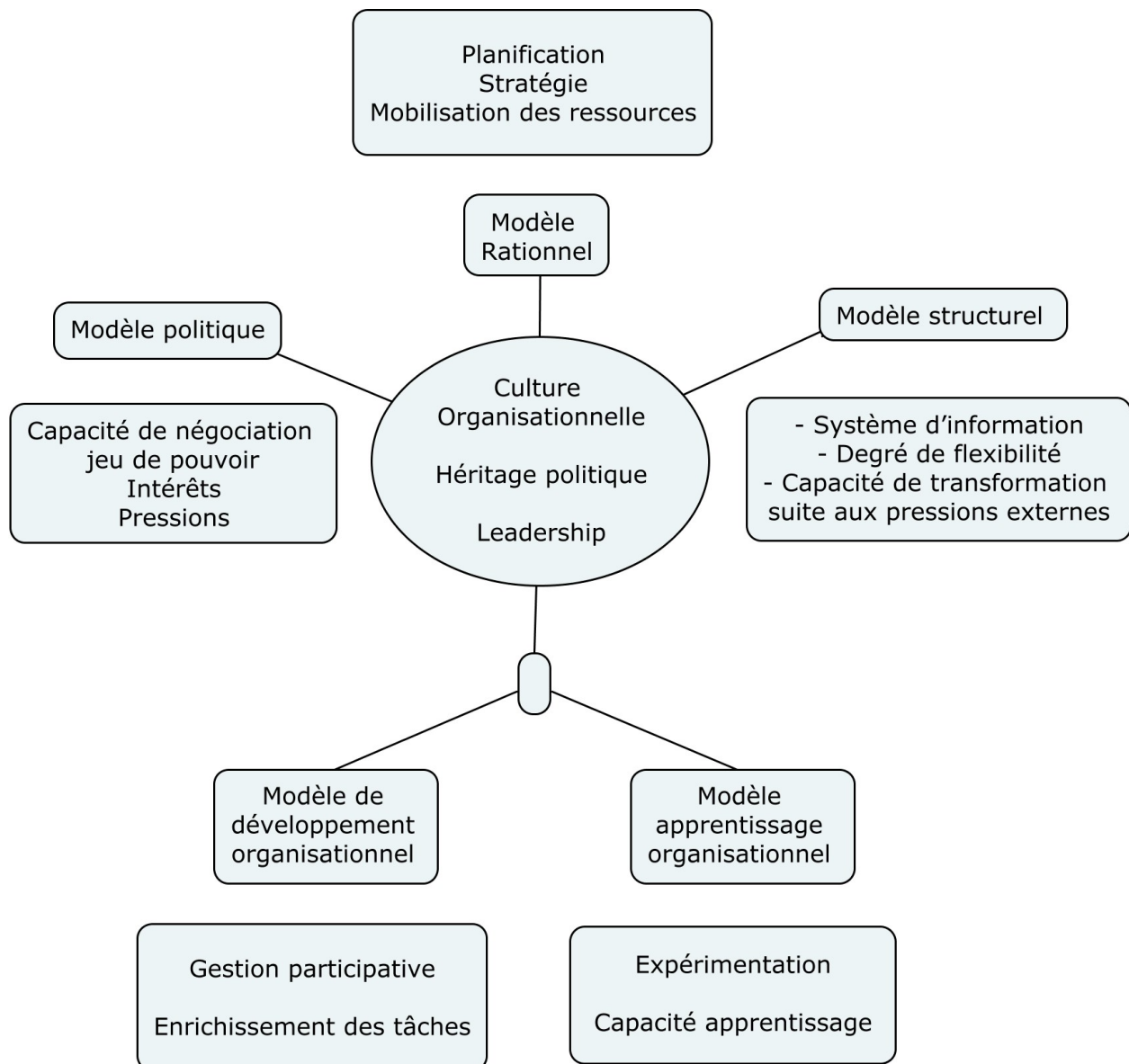
Par contre, quand il existe un processus de négociation et l'implication du niveau opérationnel dans la fixation des priorités et la détermination des projets qualité, on observe une meilleure appropriation du processus par les prestataires et une meilleure implication dans les projets de qualité et la mise en œuvre de HEALTHQUAL :

*« Le « projet santé » (financé par USAID) et qui donne un appui substantiel au CDS La Fossette participe aussi dans la définition des objectifs. Les objectifs sont fixés avec projet santé : les objectifs du « projet santé » sont repartis en fonction des différents services et cela sert de base pour avoir des objectifs clairs pour le suivi. Ces objectifs servent de point de départ aussi pour les projets qualité. On observe des failles par rapport à ces objectifs et on met en place des projets qualité pour les améliorer (CDS 03) »*

Dans certains sites, la frustration des prestataires vient du sentiment qu'on leur impose sans leur participation les orientations du programme HEALTHQUAL. Le degré de participation et d'implication du niveau opérationnel de l'établissement de santé dans les orientations stratégiques du programme HEALTHQUAL peut varier : cela dépend des caractéristiques du réseau, de la configuration des acteurs internes et externes, de leur pouvoir et de leur capacité de négociation et du leadership organisationnel. Par conséquent, les établissements qui ont pu trouver un mode de communication de bas en haut dans un contexte de communication de haut en bas ont une meilleure implication des prestataires dans le cadre de HEALTHQUAL.

Le modèle de l'apprentissage organisationnel est très présent dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Mais il faut noter que l'apprentissage organisationnel interagit avec les autres variables des autres modèles : comme l'héritage politique qui détermine les modes d'apprentissage et conditionne les apprentissages autour de l'amélioration de la qualité des soins en faveur des PVVIH ; le phénomène de « path-dependence » explique les difficultés d'étendre cet apprentissage vers les autres services non-VIH. L'apprentissage dans le cadre du programme HEALTHQUAL est conditionné aussi par la structure organisationnelle et l'infrastructure qualité comme le système d'information, la structure des comités de qualité et des comités de projet. Les négociations et le jeu de pouvoir gravitent autour du programme VIH. Le développement organisationnel et l'enrichissement des tâches se focalisent sur le VIH et conditionnent les apprentissages organisationnels dans les autres services non VIH. La figure suivante (figure 7) illustre ces interactions complexes entre les différentes variables des différents modèles du changement.





**Figure 7. Interaction entre l'apprentissage organisationnel et le modèle rationnel, le modèle politique, le modèle de développement organisationnel et la culture organisationnelle, l'héritage politique et le leadership.**

On peut constater que le phénomène de « path-dependence », la planification, les jeux de pouvoir influencent les orientations stratégiques. La culture organisationnelle et les jeux de pouvoir affectent aussi l'allocation des ressources. Les normes institutionnelles agissent sur la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Les normes institutionnelles interagissent aussi avec la

culture organisationnelle et le climat organisationnel pour influencer les processus de production et les systèmes d'amélioration de la qualité au niveau des établissements de santé.

Quand les acteurs du réseau sont capables de négocier le changement avec les leaders organisationnels, obtenir leur adhésion au changement et mobiliser les ressources nécessaires, on observe une amélioration de la performance dans le cadre du programme HEALTHQUAL.

Ainsi, différentes variables peuvent se configurer pour déterminer des archétypes pour expliquer la mise œuvre du programme HEALTHQUAL à un moment donné. Ces arrangements aux niveaux organisationnel et environnemental déterminent des archétypes organisationnels, qui à un moment donné, expliquent la mise en œuvre, selon un modèle d'apprentissage organisationnel, de négociation en tenant compte de la culture organisationnelle, des normes de l'environnement organisationnel, des réseaux d'acteurs, des jeux de pouvoir et des ressources disponibles.

## **Discussion**

Un résultat est constant dans les études sur la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité dans établissements de santé c'est que le changement est difficile à réaliser (Grol, et al., 2007). Dans différents pays, les systèmes de santé sont du mal à mettre en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité avec succès (Grol, et al., 2007), (Lozeau, 2006).

De plus, ce qui est intéressant avec cette étude, c'est une enquête empirique sur les facilitateurs et les obstacles qui sont pertinents dans le contexte haïtien. Elle représente une analyse unique de la mise en œuvre des initiatives d'AQ en Haïti. Les gestionnaires, les prestataires, les dirigeants et les adoptants des programmes d'amélioration de la qualité sont encouragés à tenir compte de ces facteurs dans la planification et la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Il existe des preuves dans la littérature scientifique que le contexte influence le succès du programme d'amélioration de la qualité (Coles E. & al., 2017), (Powell, et al., 2015), (Øvretveit, 2011). Il est important de prendre en compte non seulement le contexte, mais aussi le processus, les mécanismes et les résultats (Pettigrew, 2012), (Coles, et al., 2017). En plus de cela, il s'avère

de plus en plus nécessaire de se concentrer sur la théorie et le cadre conceptuel lors de l'évaluation des initiatives d'amélioration de la qualité (Grol, et al., 2007).

### **Facteurs facilitants**

Les résultats de cette recherche sont aussi en harmonie avec la littérature sur le changement organisationnel et les réseaux d'acteurs (Latour, 2005). Les réseaux qui ont des capacités de persuasion et qui ont une certaine cohésion peuvent faciliter le changement organisationnel (Greenwood & Hinings, 2006). On a pu faire ainsi le pont entre la littérature sur les réseaux, le changement organisationnel et la littérature sur les normes institutionnelles (Ibid, 2006).

On confirme une grande tradition de recherche sur les réseaux d'acteurs, l'aspect structurel et l'initiation et la mise en œuvre de changement organisationnel et l'importance des influences sociales et des agents du changement (Brass & Burkhardt, 1993), (Gargiulo, 1993).

En plus de ces contributions théoriques, les résultats sur la pertinence des champions dans la négociation, la planification et la mise en œuvre du changement peut faire avancer le débat sur les caractéristiques et les qualités des champions afin de mettre en œuvre le changement avec succès (Demes et al., 2020), (Brass & Burkhardt, 1993). De plus, il ne suffit pas de simplement identifier des champions et lancer le processus de changement. Non seulement les caractéristiques des champions sont importantes, mais les connections et l'influence de ces champions auprès des réseaux d'acteurs individuels et collectifs sont des éléments déterminant pour le changement organisationnel (Burt & Ronchi, 2007).

En outre, les réseaux qui sont en mesure de mobiliser les ressources adéquates sont performants dans le cadre de HEALTHQUAL. Ces facteurs concernent la capacité pour l'organisation à mobiliser des ressources adéquates pour la mise en œuvre du programme de qualité. Ces ressources peuvent être de divers ordres : humaines, financières, infrastructurelles, structurelles et informationnelles et les systèmes d'information (Alexander, et al., 2006), (Blumenthal, 1998). Les organisations capables de mobiliser les ressources adéquates seront plus avancées dans l'implantation des initiatives de qualité (Alexander, et al., 2006).

Les résultats montrent qu'une pression externe peut être un facteur déterminant pour le changement et la mise en œuvre dans le cadre de HEALTHQUAL. Ceci est cohérent avec la littérature dans ce domaine : les facteurs externes jouent un rôle clé et sont des principaux facteurs de l'innovation (Lozeau, 2004), (Lukas, et al, 2007).

Les organisations qui s'alignent sur leurs environnements sont mieux placées pour atteindre leurs objectifs (Baum, 1996), (Christensen, Bohmer et Kenagy, 2000).

D'autres études ont établi un lien entre l'environnement externe et la mise en œuvre de technologies de l'information dans les hôpitaux (Menachemi et al., 2011). Cette étude a montré le lien entre les pressions externes et le degré de mise en œuvre. Mais en même temps les pressions externes dépendamment des variables organisationnelles et des facteurs internes peuvent aussi expliquer la démotivation du personnel et leur manque d'implication dans le programme HEALTHQUAL.

Cependant, ces pressions externes peuvent ne pas toujours correspondre à une réelle capacité et dynamique à l'interne pour mettre en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité (Lozeau, 2004), (Lozeau, 2006). Cela peut être particulièrement problématique lorsque les initiatives d'amélioration de la qualité dans les pays en développement sont principalement motivées par les objectifs des bailleurs de fonds et des partenaires de développement (Umar, & al., 2009).

Dans la littérature, on remarque une comparaison entre l'amélioration continue de la qualité et l'assurance qualité (Goldstone, 1998), (Dolmans, 2003). Ce qui est observé dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL, c'est un mélange d'assurance qualité et d'amélioration continue de la qualité. Dans un esprit d'assurance qualité, la poussée externe est cruciale pour identifier les défaillances et proposer des solutions à l'équipe interne. Dans un deuxième temps, il y a une appropriation du processus de changement en interne. L'amélioration continue de la qualité (ACQ) est une philosophie de gestion que les organisations utilisent pour améliorer les processus et les systèmes et augmenter la satisfaction interne et externe (Goldstone, 1998),

(Øvretveit, 2011). La culture organisationnelle influence la mise en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé (Berlowitz, et al., 2003).

Il est impératif de faciliter le changement non seulement au niveau institutionnel, mais aussi au niveau communautaire, car la collaboration entre les acteurs institutionnels et communautaires, comme les agents de santé communautaire, peut faciliter la mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité au niveau institutionnel et améliorer la performance dans le cadre du programme HEALTHQUAL.

Cette étude a trouvé qu'un système d'information sanitaire fiable et de qualité est un facteur facilitant. Ceci est en accord avec la littérature sur les stratégies d'amélioration de la qualité (Hackman & Wageman, 1995), (Shea, 2018). L'un des principaux facilitateurs et moteurs d'un changement positif a été lorsque les prestataires ont participé à la collecte et à l'analyse de données pour évaluer leur situation actuelle et les priorités d'amélioration. De plus, l'amélioration continue de la qualité est basée sur des faits et utilise des faits pour améliorer les processus et les systèmes (Hackman & Wageman, 1995), (Shea, 2018).

Le système électronique facilite la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti, un programme national d'amélioration de la qualité. Le dossier médical électronique utilisé par l'équipe HEALTHQUAL a facilité le processus de prise de décision basée sur les données et une culture d'amélioration basée sur les faits (Puttkammer et al., 2015), (Puttkammer et al., 2017). Cependant, en dehors du programme HEALTHQUAL, les services non-VIH qui tentent de mettre en œuvre des initiatives d'AQ se débattent avec le système d'information sanitaire sur papier pour prendre des décisions basées sur des données. C'est comme si on observe deux (2) systèmes parallèles dans le système de santé.

Le système d'information sanitaire sur papier rend difficile la phase de diagnostic et le suivi continu, mais certains établissements de santé ont pu évaluer la situation et la suivre à l'aide d'un système papier. Ainsi, le système papier n'est pas un handicap en soi ; on peut encore planifier et mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité à l'aide d'un système d'information sur papier ou manuel. Plus l'équipe est motivée, engagée, dévouée en interne, plus elle est prête à

faire l'effort supplémentaire pour exécuter le changement. Néanmoins, dans la littérature scientifique, un système d'information de santé électronique présente plusieurs avantages en termes de sécurité des patients et en tant que facilitateur pour améliorer la qualité des soins (Alvarez, 2004), (Flegel, 2008), (Puttkammer et al., 2017). Un bon système d'information sanitaire permet un processus rationnel pour les programmes d'amélioration de la qualité, basé sur une analyse et une planification préalables (Shea, 2018), (Puttkammer et al., 2015).

Un autre thème qui se dégage c'est que dans le cadre de HEALTHQUAL le processus de changement débute avec les données. C'est « l'analyse des données » qui identifie les points d'amélioration ou les déficiences et détermine les orientations. Donc, le point de départ pour le changement dans le programme HEALTHQUAL c'est l'analyse des données. En apparence, ce résultat semble être en contradiction avec le modèle de changement de Kotter. Selon Kotter (1996), la nécessité de créer un sentiment d'urgence autour du problème pour qu'un changement se produise. Le modèle de processus de changement en huit étapes de Kotter est le suivant : établir un sentiment d'urgence ; créer la coalition directrice ; développer une vision et une stratégie ; communiquer la vision du changement ; autonomiser les employés pour une action à grande échelle ; générer des victoires à court terme (Kotter, 1996). Comme l'a déclaré Kotter, la première étape consiste à générer ce sentiment d'urgence, mais les résultats de cette recherche montrent que la première étape pour l'amélioration de la qualité dans les établissements de santé est de réaliser une analyse de situation ou une collecte de données pour diagnostiquer le problème actuel. C'est donc du mécontentement des prestataires à l'égard du statu quo que les dirigeants organisationnels peuvent créer ce sentiment d'urgence pour le changement. Et un bon diagnostic de la réalité actuelle peut amener les problèmes dans une perspective précise qu'il est difficile d'ignorer et créer ce sentiment d'urgence.

Les résultats sur la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL montrent que l'engagement et le soutien du leadership organisationnel sont des conditions préalables au changement. La littérature scientifique corrobore cet élément également. La création de leaders à différents niveaux de l'organisation permet une mise en œuvre réussie des initiatives d'amélioration de la qualité (Gibson, 1990), (Øvretveit, 2011).

Cette étude met en évidence l'importance des champions dans le processus de changement organisationnel. Ibarra a aussi démontré comment les relations avec les agents du changement sont importantes, tant du point de vue formelle qu'informelle afin d'initier et d'adopter un changement (Ibarra, 1993).

En outre, la littérature souligne l'importance du champion en tant que facilitateur de changement positif (Wolfson, et al., 2009) (Demes, et al., 2020). Mais on a également constaté que le champion doit avoir la capacité de négocier avec différents acteurs, tout en étant diplomatique, afin d'avoir l'engagement des acteurs pour la mise en œuvre.

La direction est responsable de s'assurer que le personnel comprend les changements proposés et les objectifs communs de l'initiative (Øvretveit, 2011).

Les dirigeants organisationnels doivent donc développer un système de communication et de marketing au stade de la planification, avant le début de la mise en œuvre.

La coordination et la collaboration au sein de petites équipes stables facilitent la mise en œuvre de HEALTHQUAL. Ceci est en harmonie avec les principes de l'amélioration de la qualité basée sur la confiance, la collaboration et le travail d'équipe (Hackman & Wageman, 1995).

### **Facteurs inhibants et les défis**

L'une des principales composantes de toute initiative d'amélioration de la qualité est la capacité d'utiliser un système d'information fiable et de qualité (Hackman et Wageman, 1995). L'absence d'un système d'information adéquat dans les services non-VIH explique les difficultés de passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. Dans certains services non-VIH, les résultats montrent qu'il est difficile d'utiliser des données sur une base continue pour améliorer les processus et les systèmes. En Haïti, de façon générale, le système d'information sanitaire est fragmenté, désorganisé et la plupart du temps imprécis : il s'agit d'un problème majeur pour l'amélioration de la qualité, basée sur les données, car il est nécessaire de développer des bases de référence et des indicateurs par rapport auxquels l'amélioration peut être mesurée (Balasubramanian, et al., 2015).

Les données peuvent aider les gens à se rendre compte que quelque chose doit changer : cela peut choquer (quand les prestataires constatent l'ampleur et la gravité du problème), mais cela peut être le point de départ du processus d'amélioration de la qualité des soins. La collecte des données, leur analyse et la culture de prise de décision fondées sur les données sont à leur début ou à leur balbutiement dans les services non-VIH. De plus, le développement d'un système d'information sanitaire et le développement d'une infrastructure pour l'amélioration continue de la qualité sont importants pour la durabilité de ces initiatives d'amélioration (Ibid, 2015). Haïti, le Nigéria, la Mauritanie et le Mozambique font partie des pays au monde dotés du pire système d'information sanitaire (Bosch-Capblanch et al., 2009). Haïti est un pays avec beaucoup de contradictions. On observe que malgré ce chaos généralisé avec des systèmes d'information sanitaire, différents, en concurrence les uns avec les autres, dans les formations sanitaires soutenues par le PEPFAR, on a pu développer un système d'information sanitaire électronique, appelé « i-Santé ». C'est un système assez performant, mais qui peine à se mettre en œuvre dans les autres services non-VIH. Cela peut nécessiter l'implication active du directeur médical et de l'administration des établissements de santé pour suivre certaines actions et la mise en œuvre d'activités susceptibles d'avoir un impact sur l'intégration des systèmes d'information. D'où le lien entre leadership à différents niveaux et développement des infrastructures qualité et de système d'information sanitaire.

Comment développer un système de reddition de compte dans les services non-VIH afin de potentialiser la contribution de chacun et être plus efficace dans l'atteinte des objectifs organisationnels ? Comment le plus haut niveau peut-il aider l'équipe au niveau opérationnel à être plus efficace dans un système hiérarchique ? Comment aider les leaders à prendre leurs responsabilités face à l'amélioration de la qualité dans les services non-VIH ? Dans le contexte haïtien, la hiérarchie est d'une grande importance. Et l'absence de reddition de compte à différent niveau de la hiérarchie est problématique. Trop de hiérarchies dans un système avec absence de reddition de compte expliquent l'inertie constatée pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. L'absence de reddition de compte entraîne un manque de communication et de partage d'information entre les membres des équipes non-VIH.



L'un des principaux obstacles à certaines initiatives d'amélioration de la qualité dans les services non-VIH a été un déficit de communication, lié au manque de reddition de compte. On a des preuves que la communication et la reddition de compte jouent un rôle critique dans la diffusion de l'innovation (Rogers, 1995), (Rogers & Kincaid, 1981). Le marketing est également important pour l'adoption et la mise en œuvre de l'innovation, car cette dernière peut être considérée comme un produit ou un service et on doit démontrer les avantages perçus (Bass 1969). Ainsi, un manque de structure de communication et un déficit de reddition de compte, comme l'illustrent les résultats, peuvent être des obstacles majeurs à la mise en œuvre des programmes de qualité dans les services non-VIH. Ce qui représente un handicap majeur pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL de façon efficace. Le manque d'implication des dirigeants dans les initiatives d'amélioration de la qualité dans les services non-VIH peut également être un facteur qui a creusé l'écart de communication et le manque de reddition de compte.

Il est important de tenir compte des facteurs contextuels lors de la mise en œuvre de l'innovation (Kaplan, et al., 2012), (Coles, et al., 2017), (Powell, et al., 2015). La diffusion de l'innovation et l'adoption sont des systèmes complexes qui prennent en compte l'innovation elle-même, le système de communication et le contexte (Rogers, 1995), (Coles, et al., 2017).

### **Modèle de changement et mise en œuvre du PAQ**

L'un des problèmes identifiés dans la recherche sur les programmes d'amélioration de la qualité, c'est le manque de référence à la théorie et le manque de bases conceptuelles lors de la collecte, l'analyse et l'interprétation des données (Grol, et al., 2007). Différents modèles de changement peuvent être en jeu dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL en Haïti : le modèle rationnel, le modèle politique, le modèle néo-institutionnaliste, le modèle structurel, le modèle de développement organisationnel et le modèle de l'apprentissage organisationnel.

Le modèle rationnel souligne que la mise en œuvre du changement nécessite une planification a priori, avec identification du problème, la détermination des options et le choix des meilleures solutions pour résoudre le problème (Collins, 1998), (Zaltman & Duncan, 1977). L'aspect planification est observée lors de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Toutefois, on constate que dans les services non-VIH, les équipes peinent pour passer de l'étape de

planification à l'étape de mise en œuvre. Même si le personnel est mobilisé pour commencer le processus d'amélioration une fois que les données démontrent l'urgence du problème, aucune solution n'est exécutée. On mobilise souvent une équipe, réfléchit aux solutions, élabore un plan et ensuite aucun changement ne se produit : le processus s'arrête au stade de la planification et, la plupart du temps, il n'y a aucune mise en œuvre d'aucun type de changement.

Toutefois, les résultats montrent qu'un système vertical et une culture bureaucratique existent dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Une étude montre même une relation positive entre le système hiérarchique dans les pays en développement et la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité (Berwick, 2004). Pourtant, le défi existe toujours : comment développer un leadership horizontal dans une structure bureaucratique et verticale ? (Lipsky, 1980). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour une meilleure articulation de ces deux éléments dans le contexte d'Haïti. Une certaine harmonisation est nécessaire entre une approche de haut vers le bas et une approche de bas vers le haut lors de la mise en œuvre (Pressman & Wildavsky, 1973), (Lipsky, 1980). Les établissements de santé, qui ont pu développer une communication verticale et un leadership participatif dans un système hiérarchique et bureaucratique, ont plus de succès dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Dans une situation où les organisations doivent interagir avec plusieurs acteurs internes et externes et des partenaires techniques et financiers, les processus de négociation et le jeu de pouvoir sont cruciaux. D'où le modèle politique est en jeu dans la mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé en Haïti. De nombreux dynamiques de pouvoir sont impliqués. Dans certains cas le fossé entre l'administration et le niveau opérationnel peuvent constituer un obstacle à la mise en œuvre d'initiatives de qualité. Selon le modèle politique, les jeux du pouvoir organisationnel, l'équilibre entre les pressions internes et externes et l'ajustement qui en résulte sont les déterminants du changement organisationnel (Champagne, 2002), (Courpasson, 1998). Les intérêts des parties prenantes influencent la mise en œuvre du changement (Hage 1999), (Friedberg, 1993), (Champagne, Denis, Pineault et Contandriopoulos, 1991). L'un des facteurs clés de ce modèle politique est le degré de soutien des forces politiques de l'organisation pour rendre le changement opérationnel

(Denis et Champagne, 1990). Cela peut aider à faire la lumière sur les résultats. Les résultats de cette recherche s'inscrivent dans ce modèle politique, car l'influence des acteurs et leur base de pouvoir jouent un rôle clé lors de la mise en œuvre.

L'héritage des décisions antérieures et les normes institutionnelles conditionnent l'évolution du programme HIVQUAL et le comportement des acteurs et expliquent les difficultés pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. D'où l'empreinte du modèle néo-institutionnaliste dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL, surtout la branche historique du néo-institutionnaliste (Thelen, 1999), (Lecours, 2002) et la branche du choix rationnel (Hall & Taylor, 1996).

Cette recherche a élucidé l'importance de la structure organisationnelle et la capacité pour les acteurs de mobiliser des ressources adéquates. Dans la littérature scientifique sur le changement, les facteurs structurels concernent toutes les entités infrastructurelles qui supportent les activités d'amélioration continue de la qualité (les comités de coordination, les groupes de travail, les mécanismes de reddition de compte, les incitatifs, les modes de récompenses, etc.). On inclut aussi dans les facteurs structurels le mode gestion des ressources humaines, le mode de renforcement de capacité du personnel et la formation du personnel (Alexander, 2006), (Berwick, 1990), (Blackburn & Rosen, 1993), (A Wilkinson, et al., 1993).

La structure organisationnelle est aussi déterminante pour qu'un changement se produise. Dans le cadre du programme HEALTHQUAL, les établissements de santé qui ont une équipe stable, restreinte et capable de collaborer sont plus aptes à performer dans le cadre de HEALTHQUAL. Le nombre d'employés et les relations avec l'environnement sont des déterminants de l'implantation (Mann & Kehoe, 1993). En plus de l'équipe, il faut aussi une bonne collaboration avec son environnement et un partenariat gagnant-gagnant pour favoriser la mise en œuvre. Les résultats confirment ce qui est publié dans la littérature scientifique : les organisations avec des processus flexibles et peu spécialisés, avec un style de leadership participatif, un mode de planification sur le long terme avec implication du sommet managérial et des managers de niveau inférieur et qui disposent d'une structure organisationnelle stable, d'une équipe dynamique avec

une attitude positive envers les activités d'amélioration de la qualité ont moins de difficultés pour mettre en œuvre les activités d'amélioration de la qualité (Mann & Kehoe, 1993).

Cette recherche a mis en évidence l'importance du leadership dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Les leaders à différents niveaux (administratif, opérationnel, clinique et stratégique) sont des éléments importants dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Cet aspect est confirmé par la littérature scientifique. Les leaders interviennent dans la vision, l'intégration des valeurs, la communication et les encouragements pour la performance. Plusieurs auteurs ont relaté l'importance du leadership pour le succès de l'implantation des PACQ (Berwick, 1998), (Ovretveit 2004), (Onyett, 2006), (Goldstein & Schweikhart, 2002).

Par ailleurs, on a constaté que le programme HEALTHQUAL prône l'implication des employés et des patients. Mais ce processus d'implication dépend de plusieurs facteurs comme le mode de leadership, la constitution des réseaux et la culture organisationnelle. Ce facteur, l'implication des employés, tient compte de la volonté du personnel de santé d'utiliser les méthodes et outils d'amélioration et les principes du programme de qualité. Plusieurs auteurs ont relaté la difficulté d'impliquer les médecins comme obstacle majeur (Weiner et al. 2006), (Alexander, 1997), (Shortell et al., 1998), (Blumenthal, 1998). Les stratégies inefficaces pour mobiliser les employés peuvent résulter en un enlisement ou un effondrement de la démarche qualité (Lozeau, 1996), (A. Wilkinson, et al., 1992).

Les résultats confirment certaines théories sur le changement organisationnel et la culture organisationnelle (Grol et al. 1998). L'aspect culturel est souvent négligé. Mais on comprend de plus en plus la nécessité d'intégrer cette variable pour mieux comprendre les facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité. Dans la littérature scientifique, on constate que dans le cadre de changement divergent par rapport à la culture médicale, on peut avoir le maintien du statu quo (Battilana et al., 2009). Pour qu'un changement se produise, il faut qu'il soit en phase avec la culture organisationnelle. La compatibilité du changement avec les valeurs est importante. Ce qui est confirmé dans la littérature scientifique (Burgers et al., 2003), (Foy et al., 2002), (Grol et al. 1998).

On a constaté que plusieurs variables du modèle d'apprentissage organisationnel sont en action dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Cette constatation s'insère dans la littérature scientifique sur les théories de l'apprentissage organisationnelle (Argyris & Schön, 1978). Cependant, on constate que des variables politiques, l'aspect stratégique, la négociation et le pouvoir peuvent influencer le processus d'apprentissage (Pfeffer, 1981). L'apprentissage est ancré dans les routines organisationnelles (Nelson & Winter, 1982) et de certaines variables historiques, car les routines sont beaucoup plus déterminées par le passé organisationnel et le contexte historique de l'organisation que par rapport au futur (Lindblom, 1959), (Steinbruner, 1974). Ces routines sont ancrées dans des règles, des procédures, des conventions, des stratégies et des technologies (Nelson & Winter, 1982). L'organisation apprend aussi à travers l'expérience, les essais et les erreurs et par l'apprentissage sur le tas (Radner, 1975), (Dutton & Thomas, 1984).

Cette recherche peut être le point de départ d'une étude fructueuse sur les programmes d'amélioration de la qualité qui souffrent d'approche méthodologique et de cadre conceptuel pour appréhender les initiatives d'amélioration continue de la qualité.

Les résultats permettent de faire le lien avec la théorie de la contingence (Lawrence & Lorsch, 1967) (Sitkin, Sutcliffe & Schroeder, 1994). Mais la vision intégratrice du modèle proposé permet d'aller encore plus loin que la théorie de la contingence en tenant compte des équilibres et déséquilibres entre les différents concepts à l'œuvre.

On a constaté que des facteurs de l'environnement externe à l'organisation jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Ces facteurs externes sont combinés avec d'autres variables comme la culture organisationnelle, le leadership, les attitudes et les croyances des prestataires face au changement. C'est donc une approche configurationnelle tenant compte d'archétypes spécifiques qui expliquent le succès ou l'échec du programme HEALTHQUAL à un moment donné.

Ainsi, les organisations sont dynamiques et bougent sur un continuum d'archétypes en fonction des caractéristiques internes et des facteurs externes (Greenwood & Hinings, 1988), (Greenwood & Hinings, 1993).

Par ailleurs, les résultats de cette recherche s'inscrivent dans la littérature scientifique sur la diffusion des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004).

Les facteurs de l'environnement externe à l'organisation représentent les pressions des organismes externes, les facteurs catalytiques ou inhibitrices externes à l'organisation. Ils englobent aussi les pressions sociales et les interactions sociales environnementales qui jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre. Ces facteurs externes peuvent être d'ordre politique, économique, sociologique, institutionnel (Abrahamson 1991), (Lozeau, 2004), (Lozeau, 1996), (Blumenthal, 1998). Les facteurs externes peuvent servir de catalyseur pour l'implantation des PACQ (Lukas, et al., 2007). Cependant, ces pressions externes peuvent ne pas correspondre à un réel capacité et dynamique à l'interne pour implanter les programmes d'amélioration de la qualité (Lozeau, 2004). Les initiatives d'amélioration de la qualité dans les pays en voie de développement sont surtout motivées par les objectifs des bailleurs et des partenaires au développement (Umar, et al., 2009). D'où la nécessité de développer un processus d'appropriation par les acteurs au niveau des établissements de santé afin de faciliter la mise en œuvre des changements.

Une pression externe forte, sans appropriation à l'interne, sans la disponibilité des ressources et l'alignement avec les valeurs des prestataires, ne peut créer que des frustrations au niveau du personnel et des équipes de qualité. Par ailleurs, certains établissements de santé peuvent exactement pour garder leur légitimité et continuer à survivre en termes d'acquisition de ressources se conformer aux normes de l'environnement institutionnel par isomorphisme (Greenwood & Hinings, 1996). C'est un phénomène de convergence suite à des pressions de l'environnement institutionnel ou de réseaux d'organisations ou d'acteurs (DiMaggio & Powell, 1983), (Meyer & Rowan, 1977). Ainsi les actions des acteurs ne sont pas désincarnées et reflètent leurs valeurs, leurs intérêts, les jeux de pouvoir dans un contexte institutionnel donné. Le

changement ou la résistance au changement dépend de l'action ou de la réaction des acteurs face à ces normes institutionnelles (Greenwood & Hinings, 1996).

## **Conclusion**

Cette étude a permis d'identifier de façon inductive et déductive les facteurs associés au degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti.

Plusieurs facteurs facilitants la mise en œuvre ont été mis en évidence. L'intégration du niveau communautaire et institutionnel influence positivement la mise en œuvre et la performance du programme HEALTHQUAL. Le leadership partagé et la présence de champion à différents niveaux facilitent le processus. Les autres facteurs sont les suivants :

- La capacité de travailler en équipe
- Les pressions positives externes
- Le mode d'organisation des réseaux d'acteurs appuyant le site
- Le degré d'appropriation du processus par les acteurs internes
- Le développement d'une infrastructure de qualité adéquate
- La capacité de négociation des acteurs du réseau
- L'acquisition des ressources
- Le phénomène « too big to fail »

Les facteurs inhibants sont les suivants :

- La déficience du système d'information sanitaire dans les services non-VIH
- Les mauvaises décisions stratégiques prises par les bailleurs lors du lancement du programme VIH et de HIVQUAL
- L'absence de mécanisme de reddition de compte dans les services non-VIH
- Les facteurs contextuels de l'environnement socio-politique
- Manque de ressources
- Difficulté pour passer de l'étape de planification vers l'étape de mise en œuvre



Le système d'information sanitaire dans les services non-VIH représente un handicap majeur pour le passage de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. L'échec des projets qualité non-VIH est dû non pas à un manque d'appropriation, mais à un manque de leadership, de reddition de compte et de capacité de mobilisation de ressources adéquates pour le développement de l'infrastructure qualité dans les services non-VIH et la mise en œuvre des projets non-VIH.

Par contre, dans le cadre des projets de qualité VIH, le manque d'appropriation peut servir d'obstacle car les priorités peuvent être imposées par les bailleurs et les partenaires techniques et financiers. Ce qui peut créer un sentiment de frustration chez le personnel. Ce sentiment de frustration peut être aussi lié à un sentiment d'impuissance quand il y a manque de ressources et des ruptures de stocks.

Il est de plus en plus évident qu'il faut mettre l'accent sur les approches théoriques lors de l'évaluation des initiatives d'amélioration de la qualité. Ceci est d'autant plus important que le système de santé se complexifie de plus en plus pour faire face aux défis existants et émergents.

Dans les systèmes complexes, les choses sont imprévisibles et il y a des paradoxes. La démarcation entre l'organisation et son environnement est floue et l'ambiguïté est de mise. D'autre cadre conceptuel dynamique qui intègre ces ambiguïtés et imprévisibilité de l'environnement sont nécessaires pour mieux appréhender la mise en œuvre.

Le système de santé en Haïti peut être considéré comme un système adaptatif complexe où les acteurs agissent de façon imprévisible et sont interdépendants pour mener des actions collectives. De plus, on observe en Haïti plusieurs systèmes dans le système et ces différents systèmes interagissent : ce qui peut créer des tensions et des paradoxes. L'interaction entre les divers acteurs peut donner lieu à des surprises, des innovations, de la créativité et aussi des blocages ou des impasses. En Haïti, on navigue entre la simplicité et le chaos et bien des fois, les systèmes tendent plus vers le chaos que la simplicité. D'où la nécessité d'avoir des cadres conceptuels pour appréhender cette réalité complexe et la mise en œuvre des programmes de qualité dans un environnement complexe, voire chaotique.

Tout ceci pour dire qu'on ne pourra pas trouver des « formules toutes faites » ou des recettes magiques dont l'application va aboutir au succès de la mise de la stratégie HEALTHQUAL. Tout dépend du contexte, des acteurs, des processus et des variables en jeu et à l'œuvre.

Les résultats ont montré que plusieurs modèles de changement sont à l'œuvre et chacun peut expliquer en partie la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Le modèle politique fait intervenir les variables comme la capacité de négociation des acteurs tant internes qu'externes, formels ou informels lors de la mise en œuvre. Les réseaux d'acteurs sont organisés autour d'acteurs centraux qui coordonnent et rendent des comptes. Les caractéristiques des réseaux sont déterminantes dans le succès de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Le modèle néo-institutionnel est également à l'œuvre dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Les concepts de « path-dependence » explique les difficultés de certains changements et le passage effectif de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. Le manque de congruence entre les normes et les pratiques des acteurs expliquent les échecs dans certains cas. Ainsi, il faut plus qu'un changement de nom (HIVQUAL en HEALTHQUAL) pour que cela marche, il faut un changement au niveau des normes institutionnelles, des structures et des infrastructures de qualité afin que les acteurs puissent incarner de nouvelles normes et œuvrer dans le sens de HEALTHQUAL et non de HIVQUAL.

Par ailleurs, l'aspect leadership est important. Plus les leaders sont en mesure de vaincre les résistances au changement, plus on observe une mise œuvre accéléré du programme HEALTHQUAL. Le travail en équipe multidisciplinaire et la collaboration au sein des équipes facilitent la mise en œuvre. De plus, le rôle des champions, leur capacité de négociation et leur influence sont déterminants dans le processus de changement.

Le système d'information informatisé est un atout dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. De plus, le développement de l'infrastructure qualité est une stratégie fondamentale pour le succès du programme HEALTHQUAL.

L'expertise communautaire et la collaboration entre le niveau institutionnel et communautaire sont des variables clés pour la performance organisationnelle dans le cadre du programme HEALTHQUAL.

Les stratégies de résolution de problèmes, d'apprentissage collectif et de changement graduel et à petits pas contribuent à l'amélioration de la performance du programme HEALTHQUAL.

De plus, c'est un réseau d'acteurs internes et externes, tant au niveau national et international, des stratégies, des normes, des valeurs, des ressources, du pouvoir qui interagissent pour influencer la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti.

On constate que la capacité de négociation peut interagir avec différentes autres variables comme la capacité de mobilisation des ressources, la planification, la capacité de vaincre les résistances au changement. Ces négociations se réalisent à travers des champions ou des acteurs internes ou externes à l'organisation. Ils sont influents et respectés par les acteurs.

L'autre variable incontournable dans le modèle c'est la culture organisationnelle qui interagit avec d'autres variables pour faciliter ou entraver les changements. Quand les normes du programme HEALTHQUAL sont en contradiction avec la culture des prestataires, on constate des difficultés lors de la mise en œuvre ; quand les normes du programme HEALTHQUAL sont en harmonie avec la culture des prestataires, cela agit comme facteur facilitant.

Les caractéristiques de l'environnement organisationnel, la structure et les caractéristiques des réseaux, le système de coaching et de mentoring, le partenariat, les capacités de mobilisation des ressources influencent la réalisation des projets de qualité, l'amélioration des processus et des systèmes et la performance du programme HEALTHQUAL.

Quand la culture organisationnelle, les normes environnementales, les orientations stratégiques et le climat organisationnel sont en harmonie, ceci favorise la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Le changement est possible même dans un contexte institutionnel forte (au sens néo-institutionnaliste du terme), car les acteurs développent des marges de manœuvre et peuvent à un moment crucial du programme HEALTHQUAL saisir des fenêtres d'opportunité dans des moments critiques, les points tournants. Ainsi plusieurs variables peuvent intervenir dans ce contexte, les capacités de négociation, le leadership partagé, le système d'information, la capacité de vaincre les résistances au changement et la culture qualité au niveau organisationnel.

On peut combiner pour mieux comprendre la mise œuvre de HEALTHQUAL le modèle néo-institutionnaliste (path-dependence, point tournant), le modèle politique (capacité de négociation, jeu de pouvoir, leadership partagé) et le modèle de développement organisationnel (gestion participative, enrichissement des tâches) et structurel (système d'information, degré de flexibilité, capacité de transformation suite aux pressions externes) et la culture organisationnelle pour appréhender la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

D'un autre côté, l'autre résultat de cette recherche, c'est l'interaction entre le modèle rationnel et le modèle de développement organisationnel. Le modèle rationnel favorise la communication de haut en bas et un contrôle hiérarchique pour s'assurer de la congruence entre la prescription et sa mise en œuvre ; dans le modèle de développement organisationnel, on prône la communication de bas en haut et une approche participative. Quand il y a cassure entre les décisions stratégiques et leur manque d'appropriation par le niveau opérationnel, on observe des difficultés de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Quand les préoccupations du niveau opérationnel ne sont pas satisfaites ou prises en compte par les leaders et les décideurs du sommet hiérarchique, on observe des difficultés de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Ainsi, différentes combinaisons de variables forment des archétypes qui déterminent la mise en œuvre.

Enfin, cette recherche a permis d'apporter un éclairage théorique unique dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Plus de recherches sont nécessaires pour mieux

appréhender la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL en Haïti. À l'avenir, il serait nécessaire de tester des modèles théoriques plus complexes comme la théorie de la complexité afin de mieux comprendre les dynamismes émergents et complexes qui influencent la mise en œuvre des initiatives de qualité dans les pays en voie de développement, comme Haïti.

## Références

- Abrahamson, E. (1991). Managerial fads and fashions: The diffusion and refection of innovations. *Academy of Management Review*, 16(3), 586-612.
- Alexander, J. A., Weiner, B. J., Shortell, S. M., Baker, L. C., & Becker, M. P. (2006). The Role of Organizational Infrastructure in Implementation of Hospitals' Quality Improvement. *HOSPITAL TOPICS: Research and Perspectives on Healthcare*, 84(1), 11-20.
- Ahuja, G. (2000). Collaboration networks, structural holes, and innovation: A longitudinal study. *Administrative Science Quarterly*, 45(3), 425-455.
- Alasuutari, P. (1992). *Desire and craving: A cultural theory of alcoholism*. New York: State University of New York Press.
- Alasuutari, P. (1995). *Researching culture: Qualitative method and cultural studies*. London: Sage.
- Alasuutari, P. (1996). Theorizing in qualitative research: A cultural studies perspective. *Qualitative Inquiry*, 2, 371-384.
- Argyris, C., & Schön, D. (1978). *Organizational Learning*: Addison-Wesley.
- Alford, R. R., King, G., Keohane, R. O., & Verba, S. (1995). Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research. *Contemporary Sociology*.  
<https://doi.org/10.2307/2076556>
- ANAES. (2000). Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. France.
- Alvarez, R. (2004). The electronic health record: a leap forward in patient safety. *HealthcarePapers*, 5(3), 33-36. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2004.16862>
- Art, C. (2009). Prince of Networks Bruno Latour. In *Victoria*.
- Aveling, E. L., Zegeye, D. T., & Silverman, M. (2016). Obstacles to implementation of an intervention to improve surgical services in an Ethiopian hospital: A qualitative study of an international health partnership project. *BMC Health Services Research*.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1639-4>
- Balasubramanian, B. A., Cohen, D. J., Davis, M. M., Gunn, R., Miriam Dickinson, L., Miller, W. L., ... Stange, K. C. (2015). Learning Evaluation: Blending quality improvement and implementation research methods to study healthcare innovations. *Implementation Science*.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0219-z>

- Bardfield, J., Agins, B., Akiyama, M., Basenero, A., Luphala, P., Kaindjee-Tjituka, F., ... Hamunime, N. (2015). A quality improvement approach to capacity building in low- and middle-income countries. (Special Issue: Fostering HIV program quality to achieve epidemic impact.). *Aids*.
- Bareil, C., & Savoie, A. (1999). Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel. *Gestion* 24(3), 86-94.
- Bass, F.M. (1969). A New Product Growth for Model Consumer Durables. *Management Science*, 13(5), 215–27.
- Battilana, J. (2006). Agency and institutions: The enabling role of individuals' social position. *Organization*, 13(5), 653–676.
- Battilana, J., Leca, B., Boxenbaum, E. (2009). How actors change institutions: towards a theory of institutional entrepreneurship. *Academy of Management Annals*, 3(1), 65–107.
- Battilana, J. (2011). The enabling role of social position in diverging from the institutional status quo: Evidence from the U.K. National Health Service. *Organization Science*, 22(4), 817–834.
- Berlowitz, D. R., Young, G. J., Hickey, E. C., Saliba, D., Mittman, B. S., Czarnowski, E., Simon, B., Anderson, J. J., Ash, A. S., Rubenstein, L. V., & Moskowitz, M. A. (2003). Quality improvement implementation in the nursing home. *Health services research*, 38(1 Pt 1), 65–83. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00105>
- Berman, P. (1980). Thinking about Programmed and Adaptive Implementation: Matching Strategies to Situations. In D. Mann & H. Ingram (Eds.), *Why Policies Succeed and Fail*. Beverly Hills: Sage.
- Berwick, D., & Nolan, T. (1998). Physicians as leaders in improving health care: a new series in Annals of Internal Medicine. *Ann Intern Med*, 128, 289-292.
- Berwick, D. M. (1989). Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *New England Journal of Medicine*, 320(1), 53-56.
- Berwick, D. M. (2004). Lessons from developing nations on improving health care *BMJ* 328, 1124-1129.
- Blumenthal, D., & Kilo, C. (1998). A report card on continuous quality improvement. *Milbank Q* 76, 625-648.
- Bosch-Capblanch, X., Doyle, V., Remedios, V., & Bchir, A. (2009). Accuracy and quality of immunization information systems in forty-one low income countries. *Tropical Medicine and International Health*, 14(1), 2-10.

- Bourdieu, P. (1977). Sur le pouvoir symbolique. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*.  
<https://doi.org/10.3406/ahess.1977.293828>
- Bourque, R. (2012). Jean-Daniel Reynaud, Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale. *Relations Industrielles*. <https://doi.org/10.7202/050683ar>
- Brass, D. J. & Burkhardt, M. E. (1993). Potential power and power use - An investigation of structure and behavior. *Academy of Management Journal*, 36(3), 441–470.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brechet, J., & Desremaux, A. (2008). Que faire de l'ANT en management stratégique ? 17 e *Conférence Internationale de Management Stratégique*.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., & Hartz, Z. (2009). *L'évaluation: concepts et méthodes*: Les Presses de l'Université de Montréal. Retrieved from <http://www.entrepotnumerique.com/o/63/p/6670/excerpt>
- Bungener, M. (1992). La Trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, Anselm L Strauss, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. *Sciences Sociales et Santé*, 10(4).
- Burawoy, M. (2009). *The Extended Case Method: Four Countries, Four Decades, Four Great Transformations, and One Theoretical Tradition*. Berkeley: University of California Press.
- Burt, R. S., & Ronchi, D. (2007). Teaching executives to see social capital: Results from a field experiment. *Social Science Research*, 36(3), 1156–1183.
- Callon, M. (1986a). The sociology of an actor-network. *Mapping the Dynamics of Science and Technology*.
- Callon, M. (1986b). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc. *L'Année Sociologique*.
- Callon, M. (1986c). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc. *L'Année Sociologique*.
- Callon, M., & Latour, B. (1991). La science telle qu'elle se fait. Anthologie de la sociologie des sciences de langue anglaise. In *TAP / Anthropologie des sciences et des techniques*.
- Callon, M. (1998). Actor-Network Theory-The Market Test. *The Sociological Review*.  
<https://doi.org/10.1111/1467-954x.46.s.10>
- Cameron, K. S. (1986). Effectiveness as Paradox: Consensus and conflict in conception of organizational Effectiveness. *Management Science*, 32(5), 539–553.



- Cameron, K. S., & Whetten, D. A. (1983). *Organizational Effectiveness, A comparison of Multiple Models*. Washington: Academic Press.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Montréal: Université de Montréal. Commission sur l'avenir des soins de santé.
- Champagne, F., Denis, J. L., Pineault, R., & Contandriopoulos, A. P. (1991). Structural and Political Models of Analysis of the Introduction of an Innovation in Organizations: The Case of the Change in the Method of Payment of Physicians in Long Term Care Hospitals. *Health Services Management Research*, 4(2), 94-111.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Charmaz, K., & Bryant, A. (2010). Grounded theory. In *International Encyclopedia of Education*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-044894-7.01581-5>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation. Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Coles, E., Wells, M., Maxwell, M., Harris, F. M., Anderson, J., Gray, N. M., ... MacGillivray, S. (2017). The influence of contextual factors on healthcare quality improvement initiatives: What works, for whom and in what setting? Protocol for a realist review. *Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0566-8>
- Collins, D. (1998). *Organizational Change: Sociological Perspectives*. London: Routledge.
- Connolly, T., Conlon, D. J., & Deutsch, S. J. (1980). Organizational Effectiveness: A Multiple Constituency Approach. *Academy of Management Review*, 5(211–217).
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Montreal: Gaetan Morin Editeur.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Courpasson, D. (1998). Le changement est un outil politique. *Revue Française de Gestion*, 120, 6-16.
- Creswell, J. (2006). Five qualitative approaches to inquiry. In *Qualitative inquiry and research design*.

- Creswell, John W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W. (2007). Qualitative Inquiry & Research Design. In *Sage Publications, Inc.*  
<https://doi.org/10.1111/1467-9299.00177>
- Creswell, J. W. (2013). Qualitative Inquiry and Research Design. In *Qualitative Inquiry and Research Design*.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.
- Damanpour, F. (1991). Organizational Innovation: A Meta-analysis of Effects of Determinants and Moderators. *Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590.
- Delpuech, C., & Klarsfeld, A. (2007). L'Apport De La Théorie De La Régulation Sociale Et De L'Approche Neo-Institutionnelle à L'Étude De La Responsabilité Sociale De L'Entreprise. *AGRH*.
- Demers, C. (1999). De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. *Gestion* 24(3), 131-139.
- Demes, J. A. E., Nickerson, N., Farand, L., Becerril-Montekio, V., Torres, P., Dube, J. G., ... Jasmin, E. R. (2020). What are the characteristics of the champion that influence the implementation of quality improvement programs? *Evaluation and Program Planning*, 80. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2020.101795>
- Deming, W. E. (1986). *Out of Crisis*. Cambridge, MA: MIT Press.
- DiMaggio, P. J., Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *Am. Sociol. Rev.*, 48, 147–160.
- Dutton, J. M., Thomas, A. (1984). Treating progress functions as a managerial opportunity. *Acad. Mgmt. Rev.*, 9, 235–247.
- Denis, J.-L., & Champagne, F. (1992). L'analyse de l'implantation: modèles et méthodes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 5(2), 47-67.
- Denis, J. L., & Champagne, F. (1990). Pour comprendre le changement dans les organisations. *Gestion*, 44-55.
- de Terssac, G. (2012). La théorie de la régulation sociale : repères introductifs. *Revue Interventions Économiques. Papers in Political Economy*.
- Dodier, N. (2003). Leçons politiques de l'épidémie de sida. In *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.1760>

- Dolmans, D. H. J. M., Wolfhagen, H. A. P., & Scherpbier, A. J. J. A. (2003). From quality assurance to total quality management: How can quality assurance result in continuous improvement in health professions education? *Education for Health*.  
<https://doi.org/10.1080/1357628031000116899>
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260, 1743-1748.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Arch. Pathol. Lab. Med*, 114, 1115-1118.
- Dubar, C., Eymard-Duvernay, F., Reynaud, J.-D., & Eymard-Duvernay, F. (1990). Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale. *Revue Française de Sociologie*.  
<https://doi.org/10.2307/3322412>
- Duncan, R. , Weiss, A. (1979). Organizational learning: implications for organizational design. In B. M. Slaw (Ed.), *Research in Organizational Behavior* (pp. 75–123). Greenwich, CT: JAI Press.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14, 532–550. <https://doi.org/10.5465/amr.1989.4308385>
- Eisenhardt, K. M. (1991). Better Stories and Better Constructs: The Case for Rigor and Comparative Logic. *Academy of Management Review*, 16(3), 620–627.  
<https://doi.org/10.5465/amr.1991.4279496>
- Eisenhardt, K.M., Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*, 50, 25–32.
- Fiss, P. C. (2009). Case studies and the configurational analysis of organizational phenomena. In D. S. Byrne & C. C. Ragin (Eds.), *The SAGE handbook of case-based methods* (pp. 424–440). London/Thousand Oaks: Sage.
- Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, W. F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida
- Flegel, K. (2008). Getting to the electronic medical record. *CMAJ*, 178(5), 531.
- Fligstein, N. (1991). The structural transformation of American industry: An institutional account of the causes of diversification in the largest firms, 1919-1979. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, 311, 336.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle*. Paris: Éditions du Seuil.

- Friese, S. (2016). Computer-Assisted Grounded Theory Analysis With ATLAS.ti. *ATLAS.Ti User Conference 2015 – Qualitative Data Analysis and Beyond*.  
<https://doi.org/10.14279/depositonnce-5155>
- Friese, S. (2012). Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti. *Qualitative Research*.  
<https://doi.org/10.1177/1468794113475420>
- Fullan, M. (1972). Overview of the Innovative Process and the Uses. *Interchange*, 2-3, 1-26.
- G. Langley, K. Nolan, T. Nolan, C. Norman, L. P. (1996). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Gargiulo, M. (1993). 2-step leverage - Managing constraint in organizational politics. *Administrative Science Quarterly*, 38(1), 1–19.
- Gargiulo, M., Ertug, G., & Galunic, C. (2009). The Two Faces of Control: Network Closure and Individual Performance among Knowledge Workers. *Administrative Science Quarterly*, 54(2), 299–333.
- Geis, G. T. (1985). Risk Taking, Innovation and Organizational Environments. In R. L. Kuhn (Ed.), *Frontiers in Creative and Innovative Management*. Cambridge: Ballinger Pub Co.
- Gehman, J., Glaser, V. L., Eisenhardt, K. M., Gioia, D., Langley, A., & Corley, K. G. (2018). Finding Theory–Method Fit: A Comparison of Three Qualitative Approaches to Theory Building. *Journal of Management Inquiry*. <https://doi.org/10.1177/1056492617706029>
- Gibson, T. C. (1990). Helping leaders accept leadership of total quality management. *Quality Progress*, 45-47.
- Gilbert, C. G., & Christensen, C. M. (2005). Anomaly-seeking research: thirty years of development in resource allocation theory. In J. L. Bower & C. G. Gilbert (Eds.), *From resource allocation to strategy* (pp. 71–89). Oxford: University Press Oxford.
- Glaser, Barney G. & Strauss, A. L. (1967). *Discovery of Grounded Theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Goldstone, J. (1998). The role of quality assurance versus continuous quality improvement. *Journal of Vascular Surgery*. [https://doi.org/10.1016/S0741-5214\(98\)70180-6](https://doi.org/10.1016/S0741-5214(98)70180-6)
- Goulding, C. (1999). Grounded Theory: some reflections on paradigm, procedures and misconceptions. *European Journal of Marketing*.  
<https://doi.org/10.1016/j.foreco.2011.02.020>

- Grol, R. P. T. M., Bosch, M. C., Hulscher, M. E. J. L., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Quarterly*. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x>
- Grol, R., Berwick, D., & Wensing, M. (2008). On the trail of quality and safety in health care. *BMJ*, *336*, 74-76.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, *82*(4), 581-629.
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1988). Organizational Design Types, Tracks and the Dynamics of Strategic Change. *Organization Studies*, *9*, 293-316.
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1993). Understanding Strategic Change: The Contribution of Archetypes. *Academy of Management Journal*, *36*, 1052-81.
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1996). Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and the New Institutionalism. *Academy of Management Review* *21*(4), 1022-1054.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In *Handbook of qualitative research*.
- Hackman, J. R., & Wageman, R. (1995). Total quality management: Empirical, conceptual, and practical issues. *Administrative Science Quarterly*, *40*, 309-342.
- Hage, J. (1985). Responding to Technological and Competitive Change: Organizational and Industry Factors. In D. Davis & al. (Eds.), *Managing Technological Innovation* (pp. 44-71). San Francisco: Jossey-Bass Pub.
- Hage, J. T. (1999). Organizational Innovation and Organizational Change. *Annual Review of Sociology*, *25*, 597-622.
- Hall, P. A., & Taylor, R. C. R. (1996). Political science and the three new institutionalisms. *Polit. Stud*, *44*, 936-57.
- Hannan, M., & Freeman, J. (1984). Structural Inertia and Organizational Change. *American Sociological Review* *49*, 149-164.
- Harrison, S. (1985). Perspectives on Implementation. In A. F. Long & S. Harrison (Eds.), *Health Services Performance* (pp. 105-125). London: Croom Helm.
- Herman-Taylor, R. J. (1985). Finding new Ways of Overcoming Resistance to Change. In J. M. Pennings & al. (Eds.), *Organizational Strategy and Change* (pp. 383-411). San Francisco: Jossey-Bass Pub.

- Ijkema, R., Langelaan, M., Van de steeg, L., & Wagner, C. (2014). What impedes and what facilitates a quality improvement project for older hospitalized patients? *International Journal for Quality in Health Care*. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt079>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century*. Washington: National Academy Press.
- Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W. M., Froehle, C. M., & Margolis, P. (2010). The influence of context on quality improvement success in health care: A systematic review of the literature. *Milbank Quarterly*. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00611.x>
- Kaplan, H. C., Provost, L. P., Froehle, C. M., & Margolis, P. A. (2012). The model for understanding success in quality (MUSIQ): Building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ Quality and Safety*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000010>
- Kazley, A. S., & Ozcan, Y. A. (2007). Organizational and environmental determinants of hospital EMR adoption: A national study. *Journal of Medical Systems*. <https://doi.org/10.1007/s10916-007-9079-7>
- Kazley AS, Ozcan YA. Organizational and environmental determinants of hospital EMR adoption: a national study. *J Med Syst*. 2007; 31(5):375–384. [PubMed: 17918691]
- Kets de Vries, M. F. R., & Miller, D. (1985). *L'entreprise névrosée*: McGraw-Hill.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Harvard Business Press.
- Kotter, J. P., & Schlesinger, L. A. (1979). Choosing Strategies for Change. *Harvard Business Review* 57, 106-114.
- Kunkel, J. H. (1975). *Behavior, Social Problems and Change: A Social Learning Approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Langley, A. (1996). *Stratégies de l'analyse des données processuelles*. Montreal: Centre de recherche en gestion de l'Université du Québec A Montréal.
- Langley, A., Tsoukas, H., & Czarniawska, B. (2016). Actor-Network Theory. In *The SAGE Handbook of Process Organization Studies*. <https://doi.org/10.4135/9781473957954.n10>
- Latour, B. (1996). On actor-network theory: A few clarifications. *Soziale Welt*.
- Latour, B. (1998). From the world of science to the world of research? *Science*. <https://doi.org/10.1126/science.280.5361.208>
- Latour, B. (2005). Third Source of Uncertainty: Objects too Have Agency. *Reassembling the Social - Part I*.

- Latour, B. (2017). On actor-network theory. A few clarifications, plus more than a few complications. *Logos (Russian Federation)*. <https://doi.org/10.22394/0869-5377-2017-1-173-197>
- Lawrence, P.R., Lorsh, J. W. (1967). *Organisation and environment*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lecours, A. (2002). L'approche néo-institutionnaliste en science politique : unité ou diversité? *Politique et Sociétés*, 21(3), 3–19.
- Lemieux, V. (1970). Le jeu de la communication politique. *Canadian Journal of Political Science*.
- Lindblom, C. E. (1959). The “science” of muddling through. *Public Admin. Rev*, 19, 79–88.
- Lipsky, M. (1980). *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lohr, K. N., & Harris-Wehling, J. (1991). Medicare: a strategy for quality assurance: A recapitulation of the study and a definition of quality of care *QRB Qual Rev Bull*; 17: 6-9, 17, 6-9.
- Lozeau, D. (1996). L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité: résultants d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec. *Ruptures*, 3(2), 187-208.
- Lozeau, D. (2004). *La démarche qualité: de l'enlisement d'une technique à l'enracinement d'un archétype*. Paper presented at the 13<sup>ème</sup> conférence de l'AIMS.
- Lukas, C., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I., Shwartz, M., et al. (2007). Transformational change in health care systems: an organisational model. *Health care Managem Rew*, 32(4), 309-320.
- Majone, G., & Wildavsky, A. (1978). Implementation as Evolution. *Policies Studies Review Annual* 2, 103-117.
- Mann, R., & Kehoe, D. (1995). Factors affecting the implementation and success of TQM. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 12(1), 11-23.
- Mays, G. P., McHugh, M. C., Shim, K., Perry, N., Lenaway, D., Halverson, P. K., & Moonesinghe, R. (2006). Institutional and economic determinants of public health system performance. *American Journal of Public Health*, 96(3), 523–531. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.064253>

- McLaughlin, C., & Kaluzny, A. (2004). *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, implementation and applications*: Jones & Bartlett publishers.
- Menachemi, N., Shin, D. Y., Ford, E. W., & Yu, F. (2011). Environmental factors and health information technology management strategy. *Health Care Management Review*. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3182048e7e>
- Menachemi N, Shin DY, Ford EW, Yu F. Environmental factors and health information technology management strategy. *Health Care Manage Rev*. 2011; 36(3):275–285. [PubMed: 21646886]
- Merriam, S. B. (2009). Qualitative research: A guide to design and implementation. In *The JosseyBass higher and adult education series*. <https://doi.org/10.1097/NCI.0b013e3181edd9b1>
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, 340-363. <https://doi.org/10.1086/226550>
- Miller, D. (1983). The Correlates of Entrepreneurship in Three Types of Firms. *Management Science* 29(7), 771-791.
- Miller, D. (1990). *The Icarus Paradox*. New York: Harper Business.
- Miller, D. (2005). Reply to Michel Callon. *Economic Sociology: Electronic Newsletter*.
- Miles, M., & Huberman, A. (2003). *Analyse des données qualitatives. Méthodes en sciences humaines*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Morgan, G. (1986). *Image of Organization*. Beverly Hills: Sage.
- Moos, N. (1983). An Organization Environment Framework for Assessing Program Implementation. *Evaluation and Program Planning* 6, 153-164.
- Nelson, R. R., Winter, S. G. (1982). *An Evolutionary Theory of Economic Change*. Cambridge, MA: Harvard Univ.
- Okhuysen, G., & Bonardi, J. P. (2011). The challenges of building theory by combining lenses. *Academy of Management Review*, 36, 6–11.
- Olsen, J. P. (1976). The process of interpreting organizational history. In J. G. March & J. P. Olsen (Eds.), *Ambiguity and Choice in Organizations* (pp. 338–350). Bergen, Norway: Universitetsforlaget.
- Olsen, J. P. (1983). *Organized Democracy*. Bergen, Norway: Universitetsforlaget.



- Ovretveit, J., & Gustafson, D. (2002). Evaluation of Quality Improvement Programmes. *Quality and Safety in Health Care*, 11(3), 270-275.
- Øvretveit, J. (2011). Understanding the conditions for improvement: Research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ Quality and Safety*.  
<https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.045955>
- Patton, M. (2002). *Qualitative & research methods. (3 ed.)*. Newbury Park: Sage.
- Pettigrew, A. M. (2012). Context and Action in the Transformation of the Firm: A Reprise. *Journal of Management Studies*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2012.01054.x>
- Pfeffer, J. (1981). *Power in Organizations*. Marshfield, MA: Pitman.
- Pierson, P. (1996). The path to European integration: a historical institutionalist approach. *Comp. Polit. Stud*, 29(2), 123–63.
- Plsek, P., Solberg, L., & Grol, R. (2003). Total Quality Management and Continuous Quality Improvement. In R. Jones & al. (Eds.), *Oxford Textbook of Primary Medical Care* (pp. 490–495). Oxford: Oxford University Press.
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., ... Kirchner, J. A. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
- Powell, W. W., & DiMaggio, P. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pressman, J. L., Wildavsky, A. B. (1973). *Implementation*. Berkeley: Univ. Calif. Press Preston.
- Price, J. L. (1972). The Study of Organizational Effectiveness. *The Sociological Quarterly*, 13, 3–15.
- Puttkammer, N., Baseman, J., Devine, B., Hyppolite, N., France, G., Honore, J., ... Barnhart, S. (2015). An assessment of data quality in Haïti's multi-site electronic medical record system. *Annals of Global Health*. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2015.02.952>
- Puttkammer, N., Pettersen, K., Hyppolite, N., France, G., Valles, J. S., Honoré, J. G., & Barnhart, S. (2017). Identifying priorities for data quality improvement within Haïti's iSanté EMR system: Comparing two methods. *Health Policy and Technology*.  
<https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2016.11.006>
- Rademaker, L. L., Grace, E. J., & Curda, S. K. (2012). Using computer-assisted qualitative data analysis software (CAQDAS) to re-examine traditionally analyzed data: Expanding our understanding of the data and of ourselves as scholars. *Qualitative Report*, 17(43), 1–11.

- Radner, R. (1975). A behavioral model of cost reduction. *Bell J. Econ*, 6, 196–215.
- Raleigh, V. S., & Foot, C. (2010). *Getting the measure of quality opportunities and challenges: The King's Fund*.
- Reynaud, J.-D. (2002). Pour une sociologie de la régulation sociale. *Sociologie et Sociétés*.  
<https://doi.org/10.7202/001632ar>
- Reynaud, J.-D. (2015). La régulation sociale. *International Review of Community Development*.  
<https://doi.org/10.7202/1033916ar>
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations* (4th ed.). New York: Free Press.
- Rogers, E.M., & Kincaid, D. L. (1981). *Communication Networks: Toward a New Paradigm for Research*. New York: Free Press.
- Ruef, M., & Scott, R. W. (1998). A Multi-Dimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments. *Administrative Science Quarterly* 43, 877-904.
- Salter, M. B., & Walters, W. (2016). Bruno Latour Encounters International Relations: An Interview. *Millennium: Journal of International Studies*.  
<https://doi.org/10.1177/0305829816641497>
- Sayes, E. (2014). Actor-Network Theory and methodology: Just what does it mean to say that nonhumans have agency? *Social Studies of Science*.  
<https://doi.org/10.1177/0306312713511867>
- Scheirer, M. A. (1981). *Program Implementation: The Organizational Context*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Scott, W. R. (1995). *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J., & Carona, C. A. (2000). *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Shea, C. M., Turner, K., Albritton, J., & Reiter, K. L. (2018). Contextual factors that influence quality improvement implementation in primary care: The role of organizations, teams, and individuals. *Health Care Management Review*.  
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000194>
- Shortell, S. (1983, 16 novembre). *Organization Theory and Health Services Delivery*. Paper presented at the American Public Health Association Annual Meeting, Dallas, Texas

- Shortell, S. M., Bennett, C. L., & Byck, G. R. (1998). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress. *Milbank Quarterly*, 26(4), 593-624.
- Silverman D. (2010). *Doing Qualitative Research*. 3rd ed. London: Sage Publications.
- S.B. Sitkin, K.M. Sutcliffe, R. G. Schroeder. (1994). Distinguishing Control from Learning in Total Quality Management: A Contingency Perspective. *The Academy of Management Review*, 19(3), 537–564.
- Steinbruner, J. D. (1974). *The Cybernetic Theory of Decision*. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Newbury Park: Sage Publications.
- Taskin, L., & Gomez, P.-Y. (2015). Articuler la théorie de la régulation sociale et l’approche conventionnaliste en gestion pour comprendre l’échec d’un projet de changement organisationnel ? @GRH. <https://doi.org/10.3917/grh.151.0099>
- Thelen, K. (1999). Historical institutionalism in comparative politics. *Annu. Rev. Polit. Sci.*, 2, 369–404.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight a "big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Umar, N., Litaker, D., & Terris, D. D. (2009). Toward More Sustainable Health Care Quality Improvement in Developing Countries: The “Little Steps” Approach. *Q Manage Health Care*, 18(4), 295-304.
- Westbrook, J. D., & Utley, D. R. (1995). TQM—the effect of culture on implementation. *Engineering Management Journal*, 7(2), 31-34.
- Wilkinson, A., Marchington, M., & Dale, B. (1993). Enhancing the contribution of the human resource function to quality improvement. *Quality Management Journal*, 1, 35-46.
- Wilkinson, A., Marchington, M., Goodman, J., & Acker, P. (1992). Total quality management and employee involvement. *Human Resource Management Journal*, 2, 1-20.
- Wolfe, R. A. (1994). Organizational Innovation: Review, Critique and Suggested Research Directions. *Journal of Management Studies*, 31(3), 405-431.
- Wolfson, D., Bernabeo, E., Leas, B., Sofaer, S., Pawlso, G., & Pillittere, D. (2009). Quality improvement in small office settings: an examination of successful practices. *BMC Family Practice*, 10(14).

Whetten, D. A. (1989). What Constitutes a Theoretical Contribution? *The Academy of Management Review*. <https://doi.org/10.2307/258554>

Yin, R. K. (1984). *Case study research*. Beverly Hills (CA): Sage.

Yin, R. K. (1989). *Case study research: design and methods. (Revised ed.)*. Newbury Park: Sage.

Yuchtman, E., & Seashore, S. E. (1967). A System Resource Approach to Organization Effectiveness. *American Sociological Review*, 32, 891–903.

Zaltman, G., & Duncan, R. (1977). *Strategies for Planned Change*. New York: Wiley.

## Annexe

### **Annexe 1. Codebook (livre de code) utilisé pour évaluer les facteurs influençant la mise en œuvre programme HEALTHQUAL avec le logiciel Atlas ti**

Question de recherche : Comprendre les facteurs qui influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti

Famille de Code dans le cadre de cette recherche :

A. Élaboration Modèle Logique (EML)

B. Degré de Mise en Œuvre (DME)

#### **C. Facteurs Mise en Œuvre (FME) : Sous-Famille : FF (Facteurs Facilitants) et FI (Facteurs Inhibants)**

Annexe 1 concerne seulement les codes qui sont liés à la famille de code C (Facteurs Mise en Œuvre). Ces codes ont été élaboré d'évaluer les facteurs qui influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

**Tableau 1. Famille de code (C), facteurs de mise en œuvre**

<b>Famille de Code (C) : Facteurs de Mise en Œuvre Codes</b>	<b>Définition</b>
1. FME-Facteurs Externes-FF	Facteurs externes qui influencent positivement la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL
2. FME-Facteurs Externes-FI	Facteurs externes qui influencent négativement la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL
3. FME-Motivation-FF	Facteurs qui influencent positivement le comportement du personnel de la sante et facilitent leur implication dans le programme HEALTHQUAL
4. FME-Motivation-FI	Facteurs qui influencent négativement le comportement du personnel de la sante et facilitent leur implication dans le programme HEALTHQUAL
5. FME-Incitatifs-FF	Facteurs qui stimulent positivement la participation dans le cadre de HEALTHQUAL-Effets positifs des incitatifs
6. FME-Incitatifs-FI	Effets négatifs des incitatifs dans le cadre de HEALTHQUAL
7. FME-Réseau-Caractéristiques-FF	Mode de fonctionnement et caractéristiques du réseau ou des réseaux d'acteurs qui influencent positivement la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL
8. FME-Réseau-Caractéristiques-FI	Mode de fonctionnement et caractéristiques du réseau ou des réseaux d'acteurs qui influencent négativement la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL
9. FME-Relation Communauté-Institution-FF	Comment et dans quelle mesure l'expertise communautaire et le lien entre les agents de santé commentaire avec les établissements de santé influence

Famille de Code (C) : Facteurs de Mise en Œuvre Codes	Définition
	positivement la performance du programme HEALTHQUAL
10. FME-Relation Communauté-Institution-FI	Comment et dans quelle mesure l'expertise communautaire et le lien entre les agents de santé commentaire avec les établissements de santé influence négativement la performance du programme HEALTHQUAL
11. FME-Pouvoir du réseau-FF	Capacité d'influence des acteurs du réseau (aspects positifs)
12. FME-Pouvoir du réseau-FI	Capacité d'influence des acteurs du réseau (aspects négatifs)
13. FME-Ressources du réseau-FF	Capacité de mobilisation des ressources par le réseau (aspects positifs)
14. FME-Ressources du réseau-FI	Capacité de mobilisation des ressources par le réseau (aspects négatifs)
15. FME-Relation du réseau avec d'autres acteurs-FF	Relation entre les membres du réseau, coordination et collaboration au sein du réseau et répercussion sur la performance du réseau (aspects positifs)
16. FME-Relation du réseau avec d'autres acteurs-FI	Relation entre les membres du réseau, coordination et collaboration au sein du réseau et répercussion sur la performance du réseau (aspects négatifs)
17. FME-Leadership-FF	Capacité pour influencer les autres et orchestrer le changement et la mise en œuvre de HEALTHQUAL (aspects positifs)
18. FME-Leadership-FI	Capacité pour influencer les autres et orchestrer le changement et la mise en œuvre de HEALTHQUAL (obstacles)
19. FME-Coaching-Mentoring-FF	Capacité pour encadrer, supporter et faciliter le processus de changement au niveau des sites par le coaching et le mentoring (aspects positifs)
20. FME-Coaching-Mentoring-FI	Capacité pour encadrer, supporter et faciliter le processus de changement au niveau des sites par le coaching et le mentoring (obstacles)
21. FME-Capacité Organisationnelle-FF	Mode d'organisation, capacité de mobiliser des ressources et structure organisationnelle (aspects facilitants)
22. FME-Capacité Organisationnelle-FI	Mode d'organisation, capacité de mobiliser des ressources et structure organisationnelle (aspects inhibants)
23. FME-Réduction du personnel-FI	Comment la réduction du personnel affecte le programme HEALTHQUAL
24. FME-Incertitude pour le personnel-FI	Comment l'incertitude du personnel affecte le programme HEALTHQUAL
25. FME-La présence d'un champion-FF	Comment la présence d'un champion facilite le processus de changement
26. FME-La présence d'un champion-FI	Comment la présence d'un champion entrave le processus de changement
27. FME-Formation du personnel-FF	Comment la formation du personnel influence la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL
28. FME-Facteurs Facilitants (en général)	Tous éléments ou processus qui facilitent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL de façon générale
29. FME-Facteurs Inhibant (en général)	Tous éléments ou processus qui entravent la mise en

<b>Famille de Code (C) : Facteurs de Mise en Œuvre Codes</b>	<b>Définition</b>
	œuvre du programme HEALTHQUAL de façon générale
30. FME-Facteurs Facilitants Externes (en général)	Tous éléments ou processus externes à l'établissement de santé qui facilitent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL
31. FME-Facteurs Inhibants Externes (en général)	Tous éléments ou processus externes à l'établissement de santé qui entravent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL
32. FME-Facteurs Facilitants Internes (en général)	Tous éléments ou processus internes à l'établissement de santé qui facilitent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL
33. FME-Facteurs Inhibants Internes (en général)	Tous éléments ou processus internes à l'établissement de santé qui entravent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL
34. FME-Mécanismes (en général)	Explication sur comment un élément du modèle logique influence un autre élément ou comment un facteur influence le degré de mise en œuvre
35. FME-Conséquences (en général)	Quelles sont les effets du degré de mise en œuvre
36. FME-Lien entre facteurs et degré de mise en œuvre	Comment les facteurs influencent le degré de mise en œuvre
37. FME-Lien entre éléments du modèle et autres éléments du modèle	Comment un élément du modèle influence un autre élément du modèle
38. FME-Lien entre facteurs-degré de mise en œuvre-conséquences	Comment les facteurs influencent le degré de mise en œuvre et les conséquences ou effets observés
39. FME-Acteurs	Acteurs présents dans le processus de changement-identification des acteurs-leur caractéristiques-leur pouvoir-leur ressources
40. FME-Relation-Acteurs	Mode de relation entre les acteurs : coopération ou collaboration ou coordination versus compétition

**Tableau 2. Codebook pour évaluer de façon déductive les modèles du changement**

<b>Modèle Théorique</b>	<b>Codes</b>	<b>Définition</b>
<b>Modèle rationnel (MR)</b>	MT-MR-Planification	Dans quelle mesure les activités sont adéquatement prévues et déterminées à l'avance en suivant un processus rationnel.
	MT-MR-Contrôle hiérarchique	Dans quel mesure le niveau stratégique exerce un contrôle sur le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel
	MT-MR-Communication verticale	C'est une forme de communication et de planification de haut en bas, du sommet hiérarchique vers le niveau opérationnel.
	MT-MR-Cohérence Prévision-Comportement	Dans quelle mesure les acteurs respectent et mettent en œuvre les procédures qui ont été prescrites
<b>Modèle psychologique (MPSY)</b>	MT-MPSY-Attitudes-Croyances	L'attitudes et les croyances des acteurs face au programme HEALTHQUAL

<b>Modèle Théorique</b>	<b>Codes</b>	<b>Définition</b>
	MT-MPSY-Congruence Habitudes-Intervention	Dans quelle mesure les habitudes des individus sont en harmonie avec les exigences de l'intervention
	MT-MPSY-Capacité Vaincre Résistance	Dans quelle mesure le leadership institutionnel est capable de vaincre les résistances des individus face au programme HEALTHQUAL
	MT-MPSY-Renforcement Normes	Capacité pour le leadership organisationnel de renforcer les nouvelles normes face à l'implantation du programme HEALTHQUAL
<b>Modèle de développement organisationnel (MDO)</b>	MT-MDO-Gestion participative	Capacité pour le leadership de promouvoir un climat de consensus et de participation
	MT-MDO-Décentralisation décision	Capacité pour le leadership de décentraliser le processus de la prise de décision
	MT-MDO-Communication horizontale	C'est une forme de communication et de planification de bas en haut, du niveau opérationnel vers le sommet hiérarchique. Cette variable inclut aussi le mode de communication au niveau opérationnel.
	MT-MDO-L'enrichissement tâches	C'est un processus de renforcement de capacité des équipes HEALTHQUAL afin de mieux performer et mettre en œuvre le programme
<b>Modèle structurel (MS)</b>	MT-MS-Capacité d'adaptation	Dans quelle mesure l'organisation peut s'adapter à son environnement externe
	MT-MS-Degré flexibilité	Flexibilité de la structure organisationnelle face aux pressions externes
	MT-MS-Attributs organisationnels	Les caractéristiques organisationnelles comme la taille, niveau d'expertise, centralisation, le plateau technique, coordination et collaboration
	MT-MS-Système d'Information	Dans quelle mesure l'organisation adopte un système d'information capable de supporter les activités d'amélioration de la qualité
<b>Modèle politique (MPO)</b>	MT-MPO-Jeu de pouvoir	Capacité des acteurs pour adopter et mettre en œuvre le programme HEALTHQUAL en tenant compte des pouvoirs des acteurs et de leurs intérêts
	MT-MPO-Capacité de négociation	Capacité des leaders organisationnels pour gérer les conflits et négocier une mise en œuvre



<b>Modèle Théorique</b>	<b>Codes</b>	<b>Définition</b>
	MT-MPO-Appui des forces politiques	C'est le degré d'appui des forces politiques de l'organisation pour l'opérationnalisation du programme HEALTHQUAL
	MT-MPO-Leadership partagé	Capacité de partager le pouvoir organisationnel et d'appuyer les agents responsables du changement et de la mise en œuvre
<b>Modèle néo-institutionnaliste (MNI)</b>	MT-MNI-Path-dependency	C'est la dépendance face au chemin emprunté en tenant compte des décisions stratégiques initiales lors de la conceptualisation, l'adoption et la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. C'est lié à la difficulté de faire marche arrière une fois que le processus est lancé.
	MT-MNI-Héritage politique	Poids des décisions antérieures sur l'évolution du programme HEALTHQUAL
	MT-MNI-Normes institutionnelles	Dans quelle mesure les normes institutionnelles dictent le changement au niveau organisationnel
	MT-MNI-Degré de conformité	Dans quel mesure l'organisation s'adapte et se conforme aux contraintes institutionnelles de l'environnement ou degré de conformité entre les pratiques organisationnelles et l'environnement institutionnel
<b>Modèle de l'apprentissage organisationnel (MAO)</b>	MT-MAO-Capacité-initiatives	Fait référence à la capacité des acteurs pour prendre des initiatives pour améliorer la qualité des processus et des systèmes
	MT-MAO-Acceptation erreur	Capacité pour l'organisation d'accepter l'erreur comme source d'apprentissage et de changement
	MT-MAO-Expérimentation	Capacité de procéder par essaie-erreur et d'expérimenter des initiatives
	MT-MAO-Capacité apprentissage	C'est la capacité d'apprendre de façon collective en fonction des connaissances organisationnelles
Concept Transversal : Commun à tous les modèles de changement.	MT-TRANS-CULTURE ORGANISATIONNELLE	C'est l'ensemble des images, des attitudes, des croyances et des attentes de l'organisation qui constituent un narratif qui définit les schèmes de pensée et les façons de faire et de fonctionner de façon explicite ou tacite au niveau de l'établissement de santé.

## **DISCUSSION GLOBALE**

Cette section s'organise autour des thèmes suivants : le développement du modèle logique, l'analyse du degré de mise en œuvre et les facteurs influençant la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Elle éclaire les résultats de la recherche à la lumière de la littérature scientifique dans le domaine de l'amélioration de la qualité. Elle se termine par une discussion sur la philosophie des programmes d'amélioration de la qualité dans un contexte culturel et social du système de santé haïtien et sur les limitations de cette recherche.

### **Modèle logique**

Cette partie précise les différentes perspectives pour élaborer le modèle logique recensées dans la littérature scientifique, puis discute sur le modèle logique du programme HEALTHQUAL proprement dit à la lumière de la littérature scientifique.

Une intervention peut être présentée sous forme de lien entre les structures, les processus et les résultats. Certains auteurs conçoivent le modèle logique comme des liens entre ressources mobilisées, les activités, les services et les résultats (Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2009). D'autres auteurs l'imaginent comme la théorie de l'impact ou la théorie du processus (Rossi, 1999). On distingue parfois dans la littérature scientifique sur la modélisation, la théorie du programme proprement dite et le modèle logique (Chen, 2005) ; d'autres auteurs emploient ces termes indifféremment (Champagne, et al., 2009)

La modélisation établit le lien entre les objectifs, les effets et les conséquences possibles de l'intervention. Il représente la théorie du programme en spécifiant les chaînes de causalité entre les ressources, les activités, les résultats intermédiaires et les résultats ultimes (Chen, 2005).

On distingue aussi le modèle logique théorique formel et le modèle logique théorique tacite (Weiss, 1998). La modélisation peut se subdiviser en trois (3) sous modèles : le modèle causal, le modèle logique théorique et le modèle logique opérationnel. Le modèle causal précise les différentes causes du problème et la façon d'y remédier ; le modèle logique théorique représente la chaîne de causalité, entre les causes immédiates et les causes éloignées du programme ; en

enfin le modèle logique opérationnel présente les liens entre les ressources mobilisées, les processus d'implantation et les extrants (Brousselle A, et al., 2009).

Certains auteurs proposent de commencer par préciser les objectifs ultimes ou l'effet ultime attendu du programme ou de l'intervention. Il s'agit du problème sur le lequel l'intervention va porter un changement. Puis on précise les autres éléments du modèle en partant de la droite vers la gauche. Si l'effet de l'intervention touche à plusieurs problèmes, il peut être nécessaire de construire un modèle logique pour préciser comment l'intervention va agir sur chacun des problèmes (Weiss, 1998).

En suivant une logique « si et alors », on précise la chaîne logique sur comment la réalisation d'une étape mène à l'autre étape ou comment une activité conduit à une autre activité pour former ainsi une chaîne du changement précisant les processus par lesquels les activités mènent aux effets ultimes ou aux résultats. Les résultats peuvent alors être décomposés en résultats à court terme, intermédiaires et long terme (N. L. Porteous, B. J. Sheldrick, & P. J. Stewart, 2002).

On peut aussi partir de l'effet ultime et préciser un effet intermédiaire immédiat qui précède l'effet ultime. Ainsi, on remonte le courant en précisant les différents effets intermédiaires, les processus et les étapes qui précèdent l'effet ultime et aboutir ainsi aux activités et en dernier lieu aux intrants (N. L. Porteous, et al., 2002), (Weiss, 1998).

Le modèle logique peut être simple ou complexe. La plupart des auteurs favorisent la simplicité (N. L. Porteous, et al., 2002). Le niveau de détail varie d'un modèle logique à un autre et dépend du contexte, du but, des objectifs de l'étude et de l'utilisation attendue du modèle (Brousselle A, et al., 2009), (N. Porteous, et al., 2002). L'élaboration d'un modèle logique est un processus itératif. Ainsi, un modèle simple au départ peut se complexifier par la suite (Mayne, 2008). Certains auteurs complexifient le modèle logique en ajoutant les facteurs externes, les facteurs contextuels qui influencent l'intervention. D'autres auteurs ajoutent les groupes cibles, les acteurs, les extrants, décomposent les processus, les effets intermédiaires, les résultats, établissent des différences entre effets et impacts. Les impacts étant des effets à plus long terme (Champagne, et al., 2009). Un groupe d'auteurs établit une différence entre résultats à long terme

et impact (CDC). On peut représenter le modèle logique sous forme de textes, de tableaux, de graphiques ou de diagrammes (*Ibid.*, 2009).

Les sources de données pour l'élaboration du modèle sont multiples : documents écrits, audio et autres, les experts, l'expérience, l'observation, les parties prenantes, la littérature scientifique, les connaissances accumulées sur d'autres interventions similaires (Florence Morestin & Castonguay, 2013).

Le modèle logique opérationnel est en général plus facile à construire : on trouve les informations dans les documents de projets, ou en réalisant des entrevues ou des observations. Il faut poser des questions sur les activités prévues, les ressources investies, les rôles des acteurs et leurs responsabilités (Champagne, et al., 2009).

Le modèle logique théorique est plus complexe à élaborer. Dans ce contexte, plusieurs chemins peuvent mener à Rome : plusieurs modèles peuvent cohabiter dans ce cas-ci. En général, il faut reconstruire le modèle sur la base d'entrevue, d'observation, de consultations de documents et d'experts. Il est très pertinent d'utiliser l'approche « ARA » ou « Active, Réactive, Adaptative ». « L'évaluateur construit une première version, qu'il soumet aux acteurs concernés. Il peut ajuster le modèle proposé. Il s'agit d'un processus participatif » (Champagne, et al., 2009, p. 65).

Pour bien construire un modèle logique, il faut compiler des informations sur les besoins, le problème, les groupes cibles, les ressources mobilisées, les activités, les extrants, les processus et les résultats. Il est aussi important de collecter des informations sur le contexte du programme et son stade de développement (CDC, 2005), (Florence Morestin & Castonguay, 2013), (Brousselle A, et al., 2009).

Ensuite, on convertit les intrants, les activités, les extrants et les résultats dans un modèle simple et global ou dans un tableau ou dans un modèle logique simplifié proprement dit. À partir de ce modèle simplifié, on peut ajouter des détails et le complexifier (CDC, 2005), (Florence Morestin & Castonguay, 2013), (Brousselle A, et al., 2009).

Il est aussi nécessaire de préciser les composantes du programme. À ce moment, une visualisation des liens entre les composantes peut s'avérer nécessaire. Cette clarification peut aider à la fois pour la planification et l'évaluation. Le modèle logique est un bon moyen pour expliciter ces liens (Florence Morestin & Castonguay, 2013), (Brousselle A, et al., 2009).

Lors de la construction du modèle logique, il faut non seulement présenter les activités, mais il faut aussi établir les liens entre les activités et aussi les liens entre les composantes, les activités et les résultats. À ce stade de construction du modèle, on insiste sur les résultats attendus de façon hypothétique. C'est ainsi qu'on va établir étape par étape une feuille de route qui explicite la logique du programme ou de l'intervention. À cette phase, on réfléchit sur le pourquoi. Pourquoi ce programme devrait fonctionner. Si on met en œuvre correctement ces activités, si on suit les processus explicités, on devrait aboutir aux résultats voulus ou souhaités. Mais ce n'est qu'un souhait. Des recherches ou des évaluations plus poussées par la suite peuvent fournir plus d'évidence si les hypothèses du modèle ont fonctionné ou pas. Donc, le modèle peut évoluer en fonction de la réalité empirique et des expériences accumulées lors de la mise en œuvre puisqu'en ce moment, on a du recul pour comprendre ce qui marche ou ne marche pas (Florence Morestin & Castonguay, 2013).

Une bonne façon pour commencer l'élaboration du modèle logique consiste à réviser toutes informations disponibles sur le programme ou l'intervention (mission, vision, rapports, planification, documents de projet, informateurs clés, etc.). On peut transformer le matériel brut disponible sur le programme ou l'intervention en une version préliminaire du modèle logique. Par où commencer ? Certains auteurs proposent de commencer par élaborer une liste détaillée des activités et des résultats attendus, car l'un des objectifs de la modélisation est d'établir le lien entre les activités et les résultats. Une fois les activités et les résultats identifiés, on peut ajouter d'autres éléments dans le modèle comme les intrants et les extrants (Florence Morestin & Castonguay, 2013).

Une intervention, en général, est conçue, planifiée et mise en œuvre dans le but de résoudre un problème de santé. Par conséquent, on s'attend à ce que l'intervention produise un effet sur le problème en question, soit en l'améliorant ou en l'aggravant. Mais il se peut qu'il n'y ait pas

d'effet. Souvent l'intervention est conçue comme une boîte noire qui a pour but de produire des effets. On ne sait pas par quel mécanisme, l'intervention produit ses effets. D'où l'importance du modèle logique pour aider à ouvrir cette boîte noire pour comprendre ce qui se passe à l'intérieur et par quel mécanisme les effets sont produits. Donc, un modèle logique permet de mieux comprendre la chaîne des effets attendus, le lien qui existe entre le problème de santé et l'intervention. Il permet d'explicitier comment l'intervention fonctionne, comment le programme est censé agir (Florence Morestin & Castonguay, 2013), (Brousselle A, Champagne, Contandriopoulos, & Hartz Z, 2009).

« La modélisation est une étape essentielle pour poser les bonnes questions, pour attribuer les effets à des mécanismes spécifiques et ainsi aider à la prise de décision » (Brousselle A, et al., 2009, p. 57).

La modélisation, en soi un outil de communication, permet de rendre explicite la logique des acteurs, le sens du programme et les hypothèses sous-jacentes du programme (Brousselle A, et al., 2009).

Le modèle logique n'a pas la prétention de définir toutes les causes d'un problème ou tous les effets possibles d'une intervention sur la santé. Il projette de façon hypothétique les effets espérés en tenant compte des hypothèses logiques et de la cohérence des liens entre les éléments du modèle (Weiss, 1998) (Brousselle A, et al., 2009). Dans un deuxième temps, en recueillant des données empiriques sur l'intervention, on peut tirer des conclusions sur la cohérence entre la théorie de l'intervention et la réalité empirique. Est-ce que cela colle ou pas. Est-ce que les effets observés sont compatibles avec la théorie de l'intervention (Weiss, 1998).

La modélisation est importante pour l'analyse logique, pour déterminer l'« évaluabilité » du programme, « Evaluability Assessment », pour analyser le degré de mise en œuvre et aussi pour l'analyse des effets, les interactions entre le contexte, le processus d'implantation et les effets (Brousselle A, Champagne, Contandriopoulos, & Hartz Z, 2009). De plus, la perception des acteurs du modèle logique peut influencer la mise en œuvre (Brousselle A, et al., 2009)

L'autre importance du modèle logique vient du fait qu'il permet de renforcer le lien entre développement de programme et l'évaluation proprement dite, car bien des fois, les planificateurs conceptualisent une théorie du changement, mais ne mettent pas en œuvre toutes les composantes nécessaires pour aboutir à ce changement (D Helitzer, et al., 2010). Finalement, quand le modèle logique est enraciné dans une théorie du changement, il permet de mieux expliciter comment la théorie est reliée aux résultats et l'évaluation à ce moment peut être plus facilement reliée à ces éléments du modèle théorique (D Helitzer, Peterson, Thompson, & Fluder, 2006). Il permet aussi de dégager un consensus entre les acteurs sur la base d'une meilleure compréhension commune de l'intervention. Il favorise ainsi la convergence des actions (N. Porteous, et al., 2002), (Weiss, 1998).

De plus, développer un modèle logique d'un programme avec les acteurs peut servir deux (2) besoins critiques en évaluation. En premier lieu, une construction collaborative du modèle logique fait en sorte que tous ceux qui sont impliqués dans son élaboration, évaluateurs, acteurs, partagent une compréhension et une vision communes du programme (Hampton, Fahlman, & Jeffery, 2005), (Page, Parker, & Renger, 2009). En second lieu, construire un modèle visuel sur le *modus operandi* du programme pousse les acteurs à expliciter la manière dont les ressources mobilisées, les activités vont contribuer à l'atteinte des résultats. Quoique cette approche puisse demander du temps, cette planification collaborative, d'une manière inclusive, diminue les incompréhensions potentielles, améliore la sélection des activités efficaces et prioritaires et favorise l'appropriation des évaluations subséquentes (Page, et al., 2009).

En outre, le modèle logique peut aider à déterminer si certaines hypothèses sont farfelues et n'ont pas de sens ou ne contribuent pas dans l'atteinte des résultats escomptés (Florence Morestin & Castonguay, 2013).

Par ailleurs, on peut utiliser le modèle logique pour développer des outils et des matériels d'évaluation. Les relations hypothétiques spécifiées entre les composantes du programme et les résultats peuvent servir de guide pour le développement des outils d'évaluation, des guides d'entrevue et des questionnaires pour enquête (D Helitzer, et al., 2010). Ainsi on peut développer des outils pour mesurer les processus des actions, les résultats et les mécanismes entre les

activités et les résultats.

Enfin, on peut utiliser le modèle logique comme un outil de planification pour faciliter le développement d'un plan stratégique et gérer la performance organisationnelle (A. Millar, R. S. Simeone, & J. T. Carnevale, 2001). Le modèle logique identifie les facteurs critiques qui peuvent influencer les résultats et les acteurs clés dont la coopération et le partenariat sont déterminants pour le succès de l'intervention et la performance de l'intervention (Annie Millar, et al., 2001).

Par ailleurs, le modèle logique fournit un cadre d'analyse pour réfléchir sur des stratégies alternatives pour atteindre les résultats et pour changer le statu quo. C'est aussi un outil pour le changement organisationnel (*ibid.*, 2001).

Pour certains auteurs, le type de modèle logique proposé est volontairement très épuré, car le but est justement de représenter de manière simple des politiques publiques qui en réalité sont complexes et difficilement intelligibles (Brousselle A, et al., 2009).

Une vision simplifiée du modèle est acceptable dans une phase préparatoire pour une étude plus approfondie. À ce moment, on peut utiliser ce modèle pour des évaluations ou des synthèses de connaissance.

D'autres fois, il peut être nécessaire de complexifier le modèle en introduisant d'autres paramètres comme les variables contextuelles, les facteurs extérieurs qui peuvent interagir avec l'intervention (Weiss, 1998). Dans ce cas de figure, on peut même documenter les effets non attendus.

**Maintenant discutons sur le modèle logique du programme HEALTHQUAL de façon spécifique.**

Le modèle logique HEALTHQUAL-Haïti prévoit la mesure de la performance, l'utilisation des équipes multidisciplinaires, l'utilisation des outils qualité, l'implication des patients et des employés. Dans le cadre du programme HEALTHQUAL-Haïti, la plupart des composantes



décrites dans la littérature scientifique font partie du modèle logique. Par contre, on retrouve des éléments du modèle logique qui ne figure pas de façon explicite dans la littérature scientifique sur les activités des PAQ comme les incitatifs, les concours de bonnes pratiques. L'évaluation organisationnelle est une composante spécifique du programme HEALTHQUAL.

Le modèle logique du programme HEALTHQUAL est conforme à la plupart des modèles logiques d'un programme d'amélioration de la qualité. Dans la littérature scientifique, les auteurs qui décrivent les programmes d'amélioration continue de la qualité, mettent l'accent sur les éléments suivants (Hackman & Wageman, 1995) : l'identification explicite et l'évaluation et la mesure des besoins et des attentes des clients ; la création d'un partenariat ; l'utilisation des équipes multidisciplinaires et transfonctionnelles ; l'utilisation des méthodes scientifiques ; la gestion des processus et la gestion de l'information pour la prise de décision.

Le modèle HEALTHQUAL-Haïti insiste sur l'amélioration des systèmes et par conséquent met l'accent sur le renforcement de réseau d'institutions interdépendantes pour une meilleure prise en charge. Le modèle HEALTHQUAL-Haïti explicite le fait que le renforcement des processus ne suffit pas et qu'il faut renforcer les systèmes de même que les systèmes de référence et contre-référence, de partenariat et de collaboration.

Dans la littérature, on insiste sur le partenariat (Hackman & Wageman, 1995). Concernant ce point, le défi est énorme tenant compte de la réalité haïtienne. Plusieurs institutions actuellement essaient de s'organiser en réseau afin de renforcer le partenariat entre les établissements de santé. Le modèle logique HEALTHQUAL met l'accent sur les communautés de pratique et le partage d'expérience entre les institutions ce qui peut influencer l'apprentissage organisationnel et le partenariat. Mais vu le problème de coordination globale en Haïti, certains réseaux ont tendance à se fermer sur eux-mêmes et fonctionner en vase clos au lieu de s'ouvrir aux autres réseaux pour une meilleure intégration et coordination des soins. Il est intéressant d'analyser lors de cette recherche, l'effet du programme HEALTHQUAL sur l'amélioration de la coordination et de la collaboration au niveau des réseaux d'établissements de santé. Dans quelle mesure les communautés de pratique ont pu influencer l'apprentissage intra et inter-organisationnel ?

L'un des mécanismes de HEALTHQUAL-Haïti pour l'amélioration de la qualité est le travail en équipe multidisciplinaire. L'amélioration des processus se fait à travers des équipes multidisciplinaires. L'approche HIVQUAL a été focalisée sur les patients qui ont le VIH (virus de l'immunodéficience humaine). L'une des questions de recherche à investiguer serait de comprendre comment la stratégie HEALTHQUAL a pu influencer la collaboration entre les différents services et départements afin d'avoir des services plus intégrés et plus coordonnés pour une prise en charge plus globale des PVVIH (personnes vivant avec le VIH) en dehors des soins ARV et des soins palliatifs liés au VIH.

En ce qui concerne l'utilisation des méthodes scientifiques pour monitorer la performance, le modèle logique HEALTHQUAL met l'accent sur l'utilisation des outils d'amélioration de la qualité et l'analyse des processus. Le modèle logique HEALTHQUAL montre que la mesure de la performance est l'un des piliers de HEALTHQUAL-Haïti. On a développé un dossier médical électronique en Haïti pour l'analyse des données et la gestion basée sur les faits. Dans quelle mesure la disponibilité d'i-Santé ou de l' « EMR » a-t-elle pu jouer un rôle de facilitateur dans le cadre de HEALTHQUAL-Haïti.

En ce qui concerne la stratégie « incitatif » du modèle HEALTHQUAL-Haïti, on constate une certaine déviation par rapport aux principaux pionniers (Deming, 1986) dans le domaine de l'amélioration de la qualité. Par exemple, Laffel et Blumenthal écrivent : les experts en matière de qualité suggèrent l'élimination des standards et des buts chiffrés, car les buts chiffrés peuvent être perçus comme le maximum atteignable et décourager la prise de risque et la créativité qui sont aussi des piliers dans le domaine de l'amélioration de la qualité (Laffel & Blumenthal, 1989). Ainsi, en créant l'émulation et la compétition pour des primes autour d'objectifs chiffrés, comme on l'observe dans le modèle HEALTHQUAL-Haïti, une approche différente de l'approche de Deming (1986) est prônée.

Le modèle HEALTHQUAL reflète les modèles décrits dans la littérature scientifique en ce qui concerne la mise en place de gestion des processus pour éliminer le gaspillage (Hackman & Wageman, 1995), (Thomson & Thomson, 2013), (Womack & Jones, 2007). Ce modèle correspond à l'approche « Lean » utilisé dans l'industrie automobile, mais qui est largement

appliqué dans le domaine de la santé. Différentes publications font le lien entre les approches « Lean », la gestion des processus, l'élimination du gaspillage pour obtenir de la valeur ajoutée et diminuer les coûts (Thomson & Thomson, 2013), (Womack & Jones, 2007). Tout ce qui n'augmente pas la valeur ajoutée est considéré comme du gaspillage, « muda » et doit être éliminé, selon l'approche « lean » (Womack & Jones, 2007).

Le modèle logique HEALTHQUAL fait aussi appel au modèle de changement, comme le modèle de l'apprentissage organisationnel (Champagne, 2002) (Argyris & Schön, 1978), le modèle du développement organisationnel (Demers, 1999), (Berman, 1980) et le modèle structurel (Denis & Champagne, 1990), (Champagne, 2002). Le modèle HEALTHQUAL prône l'apprentissage entre les employés, les équipes qualité au niveau organisationnel et aussi l'apprentissage inter organisationnel à travers les communautés de pratiques et les réunions semestrielles sur la qualité. Il insiste sur un leadership de style participatif, l'implication des employés, l'innovation, la résolution de problème par le travail en équipe. L'approche HEALTHQUAL tient compte aussi des facteurs psychologiques : il faut agir sur les processus qui déterminent le comportement des employés afin de vaincre les résistances au changement. D'où le modèle psychologique (Champagne, 2002). Le modèle politique qui fait intervenir le jeu de pouvoir des acteurs et l'équilibre qui en résulte peuvent influencer l'aspect leadership dans le modèle HEALTHQUAL. En théorie, on pourrait observer une forme de leadership collectif pour vaincre les résistances au changement et mettre en œuvre le programme HEALTHQUAL-Haïti.

### **Le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti**

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL, aucun établissement de santé n'a atteint un degré de mise en œuvre élevé. Ce qui est conforme avec la littérature scientifique que les organisations peinent à mettre en œuvre les programmes d'amélioration de la qualité (Grol, 2007).

Par ailleurs, mesurer le degré de mise en œuvre est un défi méthodologique en soi (Harris, 1996). Plusieurs études qui ont essayé de faire le lien entre le degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité et les effets ont trouvé des résultats inconsistants (Zbaracki, 1998). Cet état de fait est probablement dû au fait qu'on n'a pas mis en œuvre la méthodologie

d'amélioration de la qualité ou qu'on a mal mesuré le degré de mise en œuvre (Shortell, Bennett & Byck, 1998), (Solberg et al., 1998).

Pour bien mesurer les programmes d'amélioration de la qualité, il faut faire la différence entre l'amélioration de la qualité comme une philosophie managériale et les programmes de qualité comme une stratégie de résolution de problèmes (Samsa & Matchar, 2000).

Dans la littérature scientifique, la plupart des tentatives pour mesurer le degré de mise en œuvre insiste sur l'analyse d'un processus de soins spécifiques avec l'aide d'équipe multidisciplinaire. De plus, le défi pour évaluer le degré de mise en œuvre augmente si on considère les programmes d'amélioration de la qualité dans une perspective holistique et managériale (Deming, 1986), (Motwani, Sower & Brashier, 1996).

Plusieurs tentatives pour mesurer les programmes d'amélioration de qualité sont basés sur le système Baldrige (Malcom Baldrige Award) ou le système European Foundation for Quality Management (EFQM) (Counte & Meurer, 2001). Le monde de l'évaluation des initiatives d'amélioration de la qualité est dominé par le système Baldrige (*Ibid*, 2001).

Les résultats sur les éléments mis en œuvre dans le cadre du programme HEALTHQUAL-Haïti corroborent le cadre conceptuel de Hackman (Hackman & Wageman, 1995). De plus, les résultats de cette recherche ajoutent des éléments qui enrichissent le cadre de Hackman comme l'aspect coaching et mentoring, l'évaluation du programme de qualité et l'implication du leadership qui ne font pas partie de façon explicite du modèle de Hackman.

De plus, un défi commun à l'ensemble des cas étudiés dans le contexte haïtien est constaté : la difficulté pour impliquer les patients dans le programme HEALTHQUAL et la prise en compte des attentes des patients dans le processus d'amélioration de la qualité.

Dans l'ensemble, les observations de 2012 à 2019 de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL montrent une évolution en dents de scie. Aucun établissement n'a pu garder un degré de mise en œuvre élevé et constant durant cette période d'observation de 2012 à 2019. En

général, 2012 à 2015 peut être considéré comme l'âge d'Or du programme HEALTHQUAL, entre 2015 et 2018, on constate un déclin dans certains sites et un maintien de leur progrès dans d'autres sites. En 2019, c'est la mort apparente pour certains sites quoique le programme HEALTHQUAL soit toujours en vie, car en 2019, on observe la stagnation du programme HEALTHQUAL-Haïti.

Suite à ce constat, on peut schématiser la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL comme un cycle de vie d'un être humain dans le contexte haïtien : phase embryonnaire, nouveau-né, adolescence, adulte et zombi (une phase de mort apparente avec ralentissement des signes vitaux, mais la personne est toujours en vie).

Cette classification reflète plusieurs expériences organisationnelles et leur évolution, selon des phases uniques et spécifiques. Certains auteurs relatent cinq étapes communes à plusieurs organisations : naissance, croissance, maturité, renaissance et déclin (Miller & Friesen, 1984). Plusieurs théoriciens ont prédit des configurations de variables pour expliquer les étapes. Ces éléments viennent de l'environnement, de la stratégie, de la structure organisationnelle, du processus décisionnel (Hanks et al., 1994). Chaque organisation peut passer par ces stades en fonctions d'une configuration de variables uniques (Hanks et al., 1994), (Scott & Bruce, 1987), (Kimberly & Miles, 1980). Certains auteurs montrent comment ces diverses étapes du cycle de vie peuvent être précédées de période de crise en passant d'une phase à une autre (Scott & Bruce, 1987).

Ainsi, la mise en œuvre des PAQ n'est pas figée dans le temps, mais peut évoluer le long d'un continuum en tenant compte de certaines variables contextuelles, organisationnelles et systémiques. Ceci dit, le modèle proposé dans le cadre de cette recherche n'est pas linéaire, on peut par exemple passer de la phase adulte à la phase d'adolescent ; tout comme on peut passer de la phase zombi à la phase « embryon » et devenir nouveau-né puis adolescent et adulte. On peut aussi sauter des étapes : comme passer de la phase « zombi » à la phase « adolescent » ou « adulte » en fonction du contexte organisationnel et des pressions internes et externes et la culture organisationnelle. Des périodes de crise ou de turbulence peuvent surgir lors de la transition d'une étape vers une autre.

Par ailleurs, les résultats corroborent la plupart des écrits scientifiques qui relatent le faible degré de mise en œuvre des initiatives de la qualité (Grol, et al., 2007), (Lozeau, 2006). Les pays riches comme les pays à ressources limitées peinent pour mettre en œuvre et institutionnaliser les programmes d'amélioration de la qualité au niveau des établissements de santé. Une étude réalisée aux États-Unis en 2010 a montré que plus d'un quart des institutions, qui doivent adopter et mettre en œuvre des initiatives qualité, n'ont pas pu initier ou mettre en œuvre les programmes de qualité (Luo, 2015).

Plusieurs études ont mis en évidence les difficultés pour mettre en œuvre les initiatives de changement (Grol, et al., 2007). Dans différents pays, les systèmes de santé ont du mal à mettre en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité avec succès (Grol, et al., 2007), (Lozeau, 2006). D'où la nécessité de bien comprendre les facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité.

### **Facteurs influençant la mise en œuvre**

Les résultats de cette recherche s'inscrivent dans la littérature scientifique sur la diffusion des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004).

On constate qu'il est de plus en plus nécessaire d'incorporer une perspective théorique lors de l'évaluation des facteurs qui influencent la mise en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité. Ceci trouve aussi écho dans la littérature scientifique sur l'implantation des initiatives de qualité (Eccles et al., 2005), (Grol et al., 2007).

Les différents modèles du changement (modèle politique, néo-institutionnaliste, apprentissage, de développement organisationnel, structurel, psychologique et rationnel) expliquent en partie la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Cette thèse s'inscrit aussi dans le cadre des recherches sur les réseaux d'acteurs sociaux qui expliquent les liens entre diverses organisations, les influences inter-organisationnelles, les modes de collaboration et les normes au niveau des réseaux d'acteurs (Granovetter & Soong, 1983). Ces réseaux sont formés d'acteurs individuels et collectifs qui influencent le processus de

diffusion, de dissémination et d'implantation d'une innovation en tenant compte des normes inter-organisationnelles, des acteurs du réseau et des modes communication et de mobilisation de ressources (Abrahamson, 1991), (Abrahamson & Fairchild, 1999).

### **Les modèles du changement et la mise en œuvre du PAQ**

L'un des problèmes identifiés dans la recherche sur les programmes d'amélioration de la qualité, c'est le manque de référence à la théorie et le manque de bases conceptuelles lors de la collecte, l'analyse et l'interprétation des données (Grol, et al., 2007).

De façon empirique cette recherche a permis de mettre en évidence sept (7) modèles de changement et différents concepts liés à ces modèles : le modèle rationnel (Collins, 1998), (Morgan, 1986), le modèle politique (Hage, 1999), (Courpasson, 1998), le modèle néo-institutionnaliste (Powell et DiMaggio, 1991), (Greenwood et Hinings, 1996), (Thelen, 1999), (Lecours, 2002), le modèle structurel (Damanpour, 1991), (JT Hage, 1999), le modèle de développement organisationnel (Demers, 1999), (Herman-Taylor, 1985) et le modèle de l'apprentissage organisationnel (Argyris & Schön, 1978). Ceci représente un soi un défi méthodologique et un travail d'envergure et très lourd en termes de temps et d'énergie.

Le modèle rationnel souligne que la mise en œuvre du changement nécessite une planification a priori, avec identification du problème, détermination des options et choix des meilleures solutions pour résoudre le problème (Collins, 1998), (Zaltman & Duncan, 1977). Le concept de planification est observé lors de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Cependant, on constate que dans les services non-VIH, les équipes peinent pour passer de l'étape de planification à l'étape de mise en œuvre. Même si le personnel est mobilisé pour commencer le processus d'amélioration une fois que les données démontrent l'urgence du problème, la plupart du temps, il n'y a aucune mise en œuvre d'aucun type de changement. Il mobilise souvent une équipe, réfléchit aux solutions, élabore un plan et ensuite aucun changement ne se produit : le processus s'arrête au stade de la planification sans exécution. Par ailleurs, dans le contexte du système de santé en Haïti, c'est le contrôle hiérarchique qui prédomine. De plus, on peut considérer les organisations dans les pays en développement comme des organisations de type mécanique, selon le modèle de Mintzberg (Blaise P & Kegels G, 2004). La grande question c'est

comment implémenter un modèle participatif, axé sur l'apprentissage et l'amélioration continue dans un système où l'excès de hiérarchie et la standardisation excessive prédominent ? On devrait encourager un système plus professionnel et faire évoluer la culture afin de mettre l'accent sur l'implication des patients, l'interaction avec les patients et l'amélioration de la réactivité des professionnels (*Ibid*, 2004). Dans le cadre de l'implantation du programme HEALTHQUAL, le contrôle hiérarchique excessive peut être à l'origine de frustration et de démotivation chez les équipes de projet au niveau opérationnel. D'où la nécessité d'offrir plus de marge de manœuvre au niveau opérationnel pour prendre des décisions et orienter certains projets de qualité vers des priorités locales afin d'augmenter l'appropriation des projets de qualité.

Donc, le modèle rationnel, en mettant l'accent sur le contrôle hiérarchique des acteurs, en visant à maximiser la cohérence entre les attentes des gestionnaires et les comportements des acteurs qui implémentent le changement et en communiquant de façon verticale, peut être problématique dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL, car ces éléments du modèle rationnel entre en tension avec les principes même du programme HEALTHQUAL : la décentralisation des décisions, la communication horizontale, la gouvernance clinique au niveau opérationnel. Dans la littérature scientifique, on a relaté que la culture bureaucratique et l'excès de hiérarchie posent problème pour la mise en œuvre des initiatives de qualité dans les pays en développement (Blaise P & Kegels G, 2004).

Dans la littérature scientifique sur la mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité, l'un des termes à la mode c'est la gouvernance clinique. Plusieurs études ont montré l'importance de décentraliser la prise de décisions au niveau opérationnel à travers la gouvernance clinique, l'implication des gestionnaires, des cliniciens (Denis, Contrandriopoulos & Pomey, 2008), (Frith et al., 2006). Il faut aussi pour le succès de la mise en œuvre des PAQ, une harmonisation entre les cliniciens et les gestionnaires et susciter le travail en équipe transfonctionnelle clinique et administrative (Buetow et al., 1999). La philosophie de l'amélioration de la qualité peut être en contradiction avec le modèle hiérarchique et bureaucratique observe en Haïti. Des fois le modèle prescriptif peut devenir un handicap au modèle participatif et d'apprentissage prôné par le programme HEALTHQUAL.



Dans une situation où les organisations doivent interagir avec plusieurs acteurs internes et externes et des partenaires techniques et financiers, les processus de négociation et le jeu de pouvoir sont cruciaux. D'où le modèle politique est en jeu dans la mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé en Haïti. De nombreuses dynamiques de pouvoir sont impliqués. Dans certains cas le fossé entre l'administration et le niveau opérationnel peuvent constituer un obstacle à la mise en œuvre d'initiatives de qualité. Selon le modèle politique, les jeux du pouvoir organisationnel, l'équilibre entre les pressions internes et externes et l'ajustement qui en résulte sont les déterminants du changement organisationnel (Champagne, 2002), (Courpasson, 1998). Les intérêts des parties prenantes influencent la mise en œuvre du changement (Hage, 1999), (Friedberg, 1993), (Champagne, Denis, Pineault et Contandriopoulos, 1991). L'un des facteurs clés de ce modèle politique est le degré de soutien des forces politiques de l'organisation pour rendre le changement opérationnel (Denis et Champagne, 1990). Cela peut aider à faire la lumière sur les résultats. Les résultats s'inscrivent dans ce modèle car l'influence des acteurs et leur base de pouvoir jouent un rôle clé lors de la mise en œuvre.

L'héritage des décisions antérieures et les normes institutionnelles conditionnent l'évolution du programme HIVQUAL et le comportement des acteurs et expliquent les difficultés pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. D'où l'empreinte du modèle néo-institutionnaliste dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL, surtout la branche historique du néo-institutionnaliste (Thelen, 1999), (Lecours, 2002) et la branche du choix rationnel (Hall & Taylor, 1996).

Le modèle structurel (Damanpour, 1991), (JT Hage, 1999) montre que dans le cadre de HEALTHQUAL, le système d'information est important. Les résultats ont mis en évidence le développement des infrastructures de qualité comme un déterminant de la mise en œuvre de HEALTHQUAL.

Le modèle de développement organisationnel (Demers, 1999), (Herman-Taylor, 1985) est important dans le cadre de HEALTHQUAL, mais les variables de ce modèle sont en général en tension avec le modèle hiérarchique et rationnel. Le modèle hiérarchique insiste sur le contrôle, la

communication verticale, la conformité aux prescriptions alors que le programme HEALTHQUAL insiste sur l'apprentissage, la communication horizontale, le leadership participatif, la culture de groupe et le développement organisationnel.

Le modèle de l'apprentissage organisationnel (Argyris & Schön, 1978) est au cœur même du programme de HEALTHQUAL. Mais ce modèle interagit avec différentes autres variables afin que cet apprentissage soit possible : comme la culture organisationnelle, la structure organisationnelle, le mode d'organisation et le leadership.

Enfin, les résultats sur un modèle intégré d'analyse du changement dans les organisations trouvent écho dans la littérature scientifique. D'abord, trouver un modèle intégrateur est un défi en soi. Certains auteurs mettent soit l'accent sur l'atteinte des buts (Price, 1972), soit sur le consensus organisationnel (Colonnolly, Colon & Deutsch, 1980), soit sur la capacité de mobilisation de ressources et l'environnement (Benson, 1975) soit sur l'aspect de négociation ou de compromis (Cameron, 1986). Les résultats se situent aussi dans le contexte de la performance organisationnelle. La performance étant un concept paradoxal et complexe, il est nécessaire de développer une vision multidimensionnelle de la performance (Sicotte et al., 1998).

### **Facteurs facilitants (empiriques) et modèles du changement**

Les résultats montrent que les caractéristiques des réseaux influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

En outre, plusieurs liens entre les concepts ont émergé lors de la collecte et l'analyse des données : l'appartenance à un réseau détermine les ressources disponibles pour la réalisation des projets qualité dans l'établissement de santé ; les caractéristiques du réseau peuvent influencer la collaboration et le partenariat avec d'autres établissements de santé dans le cadre de HEALTHQUAL et la qualité du coaching.

Par ailleurs, dans le cadre du programme HEALTHQUAL, la notion d'acteur peut devenir très complexe en regard de la littérature scientifique. On peut situer le concept de réseau dans le cadre de la théorie de l'acteur-réseau (ANT : Actor Network Theory) (Latour, 2005), (Salter & Walters,

2016), (Sayes, 2014). Ces réseaux d'acteurs sociaux peuvent être des acteurs individuels ou collectifs. Par conséquent, il est fondamental de tenir compte des liens entre les divers acteurs à l'intérieur de l'établissement de santé et à l'extérieur de l'établissement de santé. Ce qui porte à considérer le réseau comme une méta-organisation en soi pouvant jouer un rôle structurant ou comme mode de négociation sociale ou de régulation (Calon et Latour, 1991), (Reynaud, 2015), (Bourque, 2012).

Lemieux définit les réseaux comme des systèmes d'acteurs sociaux qui, pour des fins de mise en commun, propagent la transmission de ressources en structures fortement connexes faisant intervenir des jeux de pouvoir, des processus politiques, informationnelles, symboliques, matériels et humains (Lemieux, 1970). Lemieux propose de regarder les relations en termes d'affinités ou d'hostilité ou en termes de structure de jeu, car les acteurs peuvent définir des liens positifs (affinités) ou des liens négatifs (hostilité) (*Ibid*, 1970). Dans le cadre de HEALTHQUAL-Haïti, les acteurs qui gravitent autour des établissements de santé sont plus dans un lien positif ou d'affinité afin d'aider l'organisation à mieux performer. Ce qu'on observe dans le cadre du programme HEALTHQUAL ce sont des coalitions et des ententes tacites ou explicites entre les acteurs pour faciliter la mise en œuvre. En général, on observe des relations de coopération, quoique certains réseaux, de façon tacite, puissent être dans une forme de compétition à l'amiable pour le prestige et le contrôle des ressources pour la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Dans le cadre de cette thèse, on peut même considérer les réseaux comme des systèmes organisés d'action.

D'après les données collectées, les acteurs ont défini le réseau comme une organisation ou institution ombrelle qui coiffe un ou plusieurs établissements de santé et est responsable de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL et de la performance du ou des sites de son réseau. Mais dans le cadre de cette recherche, une définition plus large du réseau est adoptée : c'est un ensemble d'organisation, d'acteurs, de ressources et de processus qui sont regroupés autour d'un établissement de santé et qui déterminent sa performance et la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Ainsi, dans le cadre de cette recherche, le concept de réseau qui émerge des données fait référence à une forme de collaboration et de support entre différentes

organisations et acteurs clés et des processus afin de permettre à un établissement de santé de mieux performer et de mettre en œuvre avec succès le programme HEALTHQUAL.

Les caractéristiques du réseau sont importantes et dépendent de plusieurs variables comme : le nombre de coaches du réseau, le nombre de visite de supervision, les ressources à l'intérieur du réseau, le pouvoir du réseau et la capacité pour mettre le site en lien avec d'autres établissements pour une meilleure collaboration et coordination. Selon le type de réseau, on peut avoir les intrants disponibles et moins de rupture de stock en intrants.

Cependant, on peut complexifier le concept de réseau et ajouter d'autres acteurs : comme les patients, les PVVIH dans le cadre du programme HIVQUAL ou HEALTHQUAL, les prestataires, les managers, les coordonnateurs, la direction médicale, la direction exécutive de l'établissement de santé. On a aussi un réseau d'acteurs à l'interne qui réagissent avec un réseau d'acteurs à l'externe (comme les partenaires techniques et financier, les partenaires internationaux) qui supportent l'établissement de santé. Par conséquent, dans le cadre du programme HEALTHQUAL, on est obligé de complexifier le concept de réseau pour mieux comprendre les caractéristiques du réseau et les interactions entre les acteurs du réseau.

Le concept de pouvoir est aussi au cœur de ces relations entre les acteurs du réseau (Dodier, 2003), (Brechet & Desremaux, 2008), (Bungener, 1992), (Bourdieu, 1977).

Dans le cadre du programme HEALTHQUAL, on constate que certains patients vivent dans des conditions précaires, ont des problèmes d'accès à la nourriture. Même pour venir à l'établissement de santé pour chercher les médicaments peut devenir problématique. Dans un tel contexte, il faudrait d'autres acteurs sociaux qui interviennent pour encadrer les patients en termes de logement, de nourriture, de frais de transport afin que cet acteur (le patient) puisse jouer pleinement son rôle dans le cadre du programme HEALTHQUAL et jouer pleinement son rôle d'égal à égal avec les autres acteurs. Il faut renforcer non seulement les capacités des prestataires comme acteurs, mais il faut également renforcer les capacités des patients afin que ces derniers puissent jouer leur rôle comme acteur dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Ainsi, on peut considérer les réseaux dans le cadre du programme HEALTHQUAL comme un système ouvert où les liens entre l'organisation et son environnement sont flous. D'où la nécessité aussi de considérer les bénéficiaires, comme les patients vivant avec le VIH et les patients non-VIH comme des acteurs dans le cadre de HEALTHQUAL. Ceci est d'autant plus important qu'un des composantes du programme HEALTHQUAL concerne l'implication des patients dans le cadre du programme HEALTHQUAL-Haïti. Mais force est de constater que cet acteur, le patient n'a pas beaucoup de pouvoir dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL et on constate aussi que la composante implication des patients est difficile à mettre en œuvre dans l'ensemble des établissements de santé étudiés. Le cas 4 (NPFS) est un modèle intéressant, car on constate que plusieurs organisations communautaires et des écoles communautaires supportent les enfants vulnérables et personnes infectées ou affectées par le VIH. Ceci permet d'augmenter les capacités des bénéficiaires afin de jouer leur rôle comme acteurs. De façon directe ou indirecte, cette configuration du réseau d'acteurs peut favoriser une meilleure implication des patients dans le cadre du programme HEALTHQUAL.

Cependant, la configuration des acteurs et leurs relations de pouvoir ne sont pas figés dans le temps, cela peut évoluer lors de situation de crise et à des moments particuliers de la vie organisationnelle, car le système de santé est dynamique et soumis à des changements perpétuels (Dodier 2003), (Foucault, 1976), (Bourdieu, 1977).

On peut faire le lien entre ces résultats sur les caractéristiques des réseaux dans le cadre du programme HEALTHQUAL et la sociologie de la « traduction » ou la théorie de l'acteur-réseau (Langley, Tsoukas & Czarniawska, 2016), (Callon et Latour, 1991), (Callon, 1986c). D'après ces derniers auteurs, la mise en relation des acteurs du réseau se réalise grâce des opérations de « traduction ». En établissant des liens entre des éléments disparates, le phénomène de « traduction » rend le réseau opérationnel et intelligible. Ainsi le réseau peut être considéré comme une « méta-organisation » qui lie entre elles les différentes entités du réseau. C'est aussi un processus dialectique qui tient compte des controverses au sein du réseau (Callon et Latour, 1991), (Callon, 1986c), (Callon, 1986b).

Pour « traduire » le réseau, Callon et Latour proposent de commencer par le commencement, c'est-à-dire l'analyse du contexte. Pour être plus précis, il faut procéder à l'analyse des « actants », leurs interactions, leurs motivations, de leurs intérêts, de leur culture, leurs affinités et convergences et les enjeux. Une fois l'analyse terminée, il faut déterminer les convergences et les divergences qui gravitent autour des acteurs, car de cette étape dépendra la possibilité de collaboration.

Le processus de « traduction » problématise et construit le réseau en cristallisant les positions et le pouvoir des acteurs et leur capacité pour s'engager dans un processus de collaboration ou pour initier ensemble des « actions de changement » (Art, 2009) (Callon, 1986c).

Un autre élément fondamental pour la « traduction », ce sont les porteurs de projets, des détenteurs d'enjeu, ou des porte-paroles du réseau qui sont appelés à jouer un rôle déterminant lors des négociations au sein du réseau pour matérialiser la prise de parole et l'action collective (Callon, 1986c), (Callon, 1986b).

Ainsi, la problématisation est coordonnée par un « traducteur » reconnu par les acteurs et membres du réseau, mais tout le processus se réalise de façon participative (Bungener, 1992), (Callon, 1986a), (Callon, 1986b).

Par conséquent, pour que le processus puisse se matérialiser, il faut des intermédiaires, un nombre restreint d'acteurs clés qui renforceront la cohésion au sein du réseau et l'implication des acteurs au sein du réseau à travers des processus d' « enrôlement » et de « mobilisation » afin de distribuer des tâches et de consolider le réseau. Il se forme ainsi un « noyau dur » autour duquel gravite les acteurs du réseau (Callon et Latour, 1991).

Le programme HEALTHQUAL peut être considéré comme une réalité sociale négociée par un réseau d'acteurs dans un contexte institutionnel, voire « néo-institutionnaliste ». Donc, on observe dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL, des négociations entre les acteurs. Les acteurs peuvent volontairement s'engager dans une forme de régulation

sociale négociée et en même temps, on observe des contraintes structurantes, pouvant faire l'objet d'un cadre néo-institutionnaliste.

Cette apparente contradiction est réconciliée dans le cadre des résultats de cette recherche : les acteurs peuvent toujours dans le cadre d'une action sociale collective, négocier, en fonction des ressources disponibles, de leurs intérêts, de leurs croyances et valeurs, la mise en œuvre d'une intervention tout en tenant compte des contraintes institutionnelles et des pressions externes. Quand les valeurs des acteurs sont en contradiction avec les normes institutionnelles, on constate la résistance au changement et des difficultés lors de la mise en œuvre. Les résultats s'inscrivent dans la littérature scientifique sur la régulation des réseaux et l'approche néo-institutionnelle (Delpuech & Klarsfeld, 2007), sur les concepts « d'ordre négocié » en fonction d'un trame de négociation, la théorie de l'acteur stratégique (Bungener, 1992), (Crozier & Friedberg, 1977), la théorie de la régulation sociale (Reynaud, 1999), (de Terssac, 2012), (Delpuech & Klarsfeld, 2007), la « théorie de l'acteur-réseau » ou « Actor-Network Theory » (Brechet & Desremaux, 2008).

Les résultats montrent qu'une pression externe peut être un facteur déterminant pour le changement et la mise en œuvre dans le cadre de HEALTHQUAL. Ceci est cohérent avec la littérature dans ce domaine : les facteurs externes jouent un rôle clé et sont des principaux facteurs de l'innovation (Lozeau, 2004), (Lukas, et al, 2007).

Certaines études ont montré que les organisations qui s'alignent sur leurs environnements sont mieux placées pour atteindre leurs objectifs (Baum, 1996), (Christensen, Bohmer et Kenagy, 2000). D'autres études ont établi un lien entre l'environnement externe et la mise en œuvre de technologies de l'information dans les hôpitaux (Menachemi et al., 2011). Cette étude a montré le lien entre les pressions externes et le degré de mise en œuvre. Mais en même temps les pressions externes dépendamment des variables organisationnelles et des facteurs internes peuvent aussi expliquer la démotivation du personnel et leur manque d'implication dans le programme HEALTHQUAL. Les pressions externes peuvent être classées dans le modèle environnemental, institutionnel ou néo-institutionnaliste (Powell et DiMaggio, 1991), (Greenwood et Hinings, 1996), (Thelen, 1999), (Lecours, 2002).

On a constaté que le contexte, les facteurs externes et internes et la facilitation par des groupes externes d'acteurs sont importants lors de la mise en œuvre. Ceci est conforme à la littérature scientifique dans ce domaine (Stetler et al, 2006). Il existe des preuves dans la littérature scientifique que le contexte influence le succès du programme d'amélioration de la qualité (Coles E. & al., 2017), (Powell, et al., 2015), (Øvretveit, 2011). Il est important de prendre en compte non seulement le contexte, mais aussi les processus, les mécanismes et les résultats (Pettigrew, 2012), (Coles, et al., 2017).

Par ailleurs, dans la littérature, on remarque une comparaison entre l'amélioration continue de la qualité et l'assurance qualité (Goldstone, 1998), (Dolmans, 2003). Ce qui est observé dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL est un mélange d'assurance qualité et d'amélioration continue de la qualité. Dans un esprit d'assurance qualité, la poussée externe est cruciale pour identifier les défaillances et proposer des solutions à l'équipe interne. Dans un deuxième temps, il y a une appropriation du processus de changement en interne. L'amélioration continue de la qualité (ACQ) est une philosophie de gestion que les organisations utilisent pour améliorer les processus et les systèmes et augmenter la satisfaction interne et externe (Goldstone, 1998), (Øvretveit, 2011), (Berlowitz, et al., 2003).

Il est impératif de faciliter le changement non seulement au niveau institutionnel, mais aussi au niveau communautaire, car la collaboration entre les acteurs institutionnels et communautaires, comme les agents de santé communautaire, peut faciliter la mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité au niveau institutionnel et améliorer la performance dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Ce facteur concernant l'expertise communautaire fait partie du modèle structurel (Damanpour, 1991), (JT Hage, 1999).

Les résultats montrent qu'un système d'information sanitaire performant, pouvant générer des informations précises et fiables, est un déterminant majeur lors de la mise en œuvre. C'est conforme avec la littérature sur les liens entre programme de qualité et le système d'information (Shortell, 1998). Les résultats montrent qu'un bon système d'information sanitaire facilite la gestion basée sur les faits. Ceci est en accord avec la littérature sur les stratégies d'amélioration de la qualité (Hackman & Wageman, 1995), (Shea, 2018). L'un des principaux facilitateurs et



motivateurs d'un changement positif a été lorsque les prestataires ont participé à la collecte et à l'analyse de données pour évaluer leur situation actuelle et les priorités d'amélioration. De plus, l'amélioration continue de la qualité est basée sur des faits et utilise des faits pour améliorer les processus et les systèmes (Hackman & Wageman, 1995), (Shea, 2018).

Le système électronique facilite la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti, un programme national d'amélioration de la qualité. Le dossier médical électronique utilisé par l'équipe HEALTHQUAL a facilité le processus de prise de décision basée sur les données et une culture d'amélioration basée sur les faits (Puttkammer et al., 2015), (Puttkammer et al., 2017). Cependant, en dehors du programme HEALTHQUAL, les services non-VIH qui tentent de mettre en œuvre des initiatives d'AQ se débattent avec le système d'information sanitaire sur papier pour prendre des décisions basées sur des données. C'est comme si on observe deux (2) systèmes parallèles dans le système de santé en Haïti.

Le système d'information sanitaire sur papier rend difficile la phase de diagnostic et le suivi continu, mais certains établissements de santé ont pu évaluer la situation et la suivre à l'aide d'un système papier. Ainsi, le système papier n'est pas un handicap en soi ; on peut encore planifier et mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité à l'aide d'un système d'information sanitaire sur papier ou manuel. Plus l'équipe est motivée, engagée, dévouée en interne, plus elle est prête à faire l'effort supplémentaire pour suivre le changement. Néanmoins, dans la littérature scientifique, un système d'information de santé électronique présente plusieurs avantages en termes de sécurité des patients et en tant que facilitateur pour améliorer la qualité des soins (Alvarez, 2004), (Flegel, 2008), (Puttkammer et al., 2017). Un bon système d'information sanitaire permet un processus rationnel pour les programmes d'amélioration de la qualité, basé sur une analyse et une planification préalables (Shea, 2018), (Puttkammer et al., 2015). Le système d'information est intégré dans le modèle structurel (Damanpour, 1991), (JT Hage, 1999).

Les résultats sur la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL montrent que l'engagement et le soutien du leadership organisationnel sont des conditions préalables au changement. La littérature scientifique corrobore cet élément également. La création de leaders à différents

niveaux de l'organisation permet une mise en œuvre réussie des initiatives d'amélioration de la qualité (Gibson, 1990), (Øvretveit, 2011).

En outre, la littérature souligne l'importance du champion en tant que facilitateur de changement positif (Wolfson, et al., 2009), (Demers et al., 2020). Le champion doit avoir la capacité de négocier avec différents acteurs, tout en étant diplomatique, afin d'avoir l'engagement des acteurs pour la mise en œuvre.

La direction et les leaders institutionnels sont responsables de s'assurer que le personnel comprend les changements proposés et les objectifs communs de l'initiative (Øvretveit, 2011). Ces variables peuvent être incorporées dans le modèle de développement organisationnel (Demers, 1999), (Herman-Taylor, 1985) et le modèle politique (Hage 1999), (Courpasson, 1998). Les dirigeants organisationnels doivent donc développer un système de communication et de marketing au stade de la planification, avant le début de la mise en œuvre. Ce résultat peut être intégrée dans le modèle de développement organisationnel (Demers, 1999), (Herman-Taylor, 1985).

La coordination et la collaboration au sein de petites équipes stables facilitent la mise en œuvre de HEALTHQUAL. Ceci est en harmonie avec les principes de l'amélioration de la qualité basée sur la confiance, la collaboration et le travail d'équipe (Hackman & Wageman, 1995). Ces éléments sont en harmonie avec le modèle de développement organisationnel (Demers, 1999), (Herman-Taylor, 1985) et d'apprentissage organisationnel (Argyris & Schön, 1978).

### **Facteurs inhibants (empiriques) et les modèles du changement**

L'absence d'un système d'information adéquat dans les services non-VIH représente un défi majeur pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. En dehors du programme VIH, Le système d'information dans les établissements de santé est peu fiable (dans les autres services). Les résultats précédents peuvent être intégrés dans le modèle structurel (Damanpour, 1991), (JT Hage, 1999).

De plus, la décision stratégique de lancer le programme HIVQUAL comme un programme vertical dans le cadre du programme VIH a créé un précédent et laissé un héritage lourd dans le cadre de l'évolution du programme HIVQUAL. Ces résultats peuvent être intégrés dans le modèle néo-institutionnaliste (Powell et DiMaggio, 1991), (Greenwood et Hinings, 1996), (Thelen, 1999).

Cependant, on constate que les normes et les structures de gouvernance au niveau du système de santé et du pays peuvent influencer négativement le passage du programme HIVQUAL vers HEALTHQUAL ou l'intégration de la qualité dans les services non-VIH.

Comment développer un système de reddition de compte dans les services non-VIH afin de potentialiser la contribution de chacun et être plus efficace dans l'atteinte des objectifs organisationnels ? Comment le plus haut niveau de la hiérarchie peut-il aider l'équipe au niveau opérationnel à être plus efficace dans un système hiérarchique ? Comment aider les leaders à prendre leurs responsabilités face à l'amélioration de la qualité dans les services non-VIH ? Dans le contexte haïtien, la hiérarchie est d'une grande importance. Et l'absence de reddition de compte à différents niveaux de la hiérarchie est problématique. Trop de hiérarchies dans un système avec absence de reddition de compte expliquent l'inertie constatée pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. L'absence de reddition de compte entraîne un manque de communication et de partage d'information entre les membres des équipes non VIH.

Un manque de structure de communication et un déficit de reddition de compte, comme l'illustrent les résultats, peuvent être des obstacles majeurs à la mise en œuvre de programmes de qualité dans les services non-VIH. Ce qui représente un frein majeur pour passer de HIVQUAL vers HEALTHQUAL de façon efficace. Le manque d'implication des dirigeants dans les initiatives d'amélioration de la qualité dans les services non-VIH est également un facteur qui a creusé l'écart de communication et le manque de reddition de compte. Ces résultats font partie du modèle de développement organisationnel (Demers, 1999), (Herman-Taylor, 1985) et du modèle politique (Hage 1999), (Courpasson, 1998).

Toutefois, les résultats de cette recherche montrent qu'un système vertical et une culture bureaucratique existent dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Une étude montre même une relation positive entre le système hiérarchique dans les pays en développement et la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité (Berwick, 2004). Pourtant, le défi existe toujours : comment développer un leadership horizontal et participatif dans une structure bureaucratique et verticale ? Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour une meilleure articulation des deux approches dans le contexte d'Haïti. Un obstacle constaté avec le modèle rationnel c'est le manque de cohérence entre les attentes des gestionnaires et les comportements des acteurs qui implémentent le changement. Ce qui crée des tensions et des difficultés lors de la mise en œuvre. Certains prestataires ont l'impression que les priorités dans le cadre de HEALTHQUAL leur ont été imposées sans leur participation dans le processus.

Ainsi, lors de la mise en œuvre dans le cadre de HEALTHQUAL, il faut une planification stratégique, une communication de haut en bas, mais aussi il faut développer un système de communication de bas en haut et renforcer les capacités décisionnelles au niveau opérationnel et aussi la gouvernance au niveau périphérique. D'où la nécessité d'une interaction complexe entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel à travers les variables intermédiaires comme le leadership collectif, la capacité de négociation, le jeu de pouvoir des acteurs, la culture organisationnelle et la structure organisationnelle.

Il est important de tenir compte des facteurs contextuels lors de la mise en œuvre de l'innovation (Kaplan, et al., 2012), (Coles, et al., 2017), (Powell, et al., 2015). La diffusion de l'innovation et l'adoption sont des systèmes complexes qui prennent en compte l'innovation elle-même, le système de communication et le contexte (Rogers, 1995), (Coles, et al., 2017).

Par ailleurs, les facteurs externes peuvent servir de catalyseur pour l'implantation des PAQ (Lukas, et al., 2007). Cependant, ces pressions externes peuvent ne pas correspondre à un réel capacité et dynamique à l'interne pour implanter les programmes d'amélioration de la qualité (Lozeau, 2004). Les initiatives d'amélioration de la qualité dans les pays en voie de développement sont surtout motivées par les objectifs des bailleurs et des partenaires au développement (Umar, et al., 2009). D'où la nécessité de développer un processus

d'appropriation par les acteurs au niveau des établissements de santé afin de faciliter la mise en œuvre des changements. Une pression externe forte sans appropriation à l'interne, sans la disponibilité des ressources et l'alignement avec les valeurs des prestataires ne peut créer que des frustrations au niveau du personnel et des équipes de qualité. Dans certains cas, le staff au début est motivé, mais les problèmes de disponibilité des ressources et de rupture de stock en intrant ont ralenti leur élan et crée un sentiment d'impuissance chez certains prestataires.

### **Contexte d'Haïti et philosophie d'amélioration continue de la qualité**

Tenant compte des principes et philosophie des PACQ et du contexte d'Haïti, nous allons dans cette section nuancer la discussion avec quelques hypothèses. La première hypothèse est la suivante : tenant compte du système de santé haïtien, de l'organisation du système et des politiques publiques en vigueur, les établissements de santé rencontreront des difficultés pour la mise en application de telles présuppositions philosophiques dans le contexte haïtien.

En ce qui concerne les pratiques et les interventions en matière d'amélioration de la qualité, on retrouve un certain nombre de points communs et de valeurs fondamentales qu'on peut regrouper au nombre de six (6) (Hackman & Wageman, 1995) :

- d'abord l'identification explicite et l'évaluation et la mesure des besoins et des attentes des clients (Ainsi, avec les données sur les besoins et les attentes des clients, les activités d'amélioration de la qualité peuvent se focaliser sur les aspects des processus qui sont plus importants pour la satisfaction des clients) (Hackman & Wageman, 1995), (Goldstein & Schweikhart, 2002), ((Baldrige National Quality Program, 2009).
- de plus, les pionniers insistent sur la création d'un partenariat entre les fournisseurs en tenant compte de la qualité dans le choix des fournisseurs ; les fournisseurs dans le domaine de la santé représentent aussi les réseaux d'établissements avec un système de référence et de contre référence (Hackman & Wageman, 1995).
- l'autre point commun concerne l'utilisation des équipes multidisciplinaires et transfonctionnelles pour identifier et résoudre les problèmes (*Ibid.*, 1995)

- l'utilisation des méthodes scientifiques pour monitorer la performance et identifier les points d'amélioration, pour documenter les processus et évaluer les solutions alternatives aux problèmes identifiés (les outils les plus utilisés sont les chartes de contrôle, l'analyse de Pareto et l'analyse cout de la qualité) (*Ibid.*, 1995)
- l'utilisation de la gestion des processus pour augmenter l'efficacité des équipes : les outils les plus utilisés sont les diagrammes de flux, le « brainstorming » ou remue-méninges et les diagrammes causes-effets (*Ibid.*, 1995).
- la gestion de l'information pour la prise de décision (*Ibid.*, 1995)

Faisons un peu d'histoire, car le contexte historique peut expliquer des éléments structurants qui expliquent les difficultés pour la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL dans le contexte haïtien. Haïti a été colonisé par l'Espagne puis la France. Durant cette période pour faire exploiter les mines et faire fructifier le sol de St Domingue, les colons ont fait appel à des esclaves venus d'Afrique (Bellegarde & Lherisson, 1906). Durant la colonisation, les esclaves pour échapper à la vie dégradante et brutale qui règnent sur les plantations, décident volontairement de vivre en marge de la société esclavagiste de l'époque : c'est ainsi qu'ils deviennent des marrons (Fouchard, 1988), (Lucas, 2002). D'où le concept de culture de « marronnage » qui est resté enclavée dans la culture haïtienne (Barthélémy, 1989) (Lucas, 2002), (Béchacq, 2006). Ce phénomène de « marronnage » s'est amplifié à la fin du XVIIIe siècle jusqu'à la guerre de l'indépendance (1804) où une bande de marrons, d'affranchis et d'esclaves a mis en défaite l'armée Napoléonienne (Fouchard, 1988), (Madiou, 1848), (Bellegarde & Lherisson, 1906). Ainsi, la culture du marronnage existe bel et bien en Haïti. Dans la société moderne du XXIe siècle, il n'y a plus d'habitations et de plantations dirigées par les colons, mais le concept de marronnage continue de faire son chemin dans la société haïtienne (Béchacq, 2006), (Barthélémy, 1989) (Lucas, 2002). On pourrait classifier comme marronnage cette mentalité de fuite, d'esquive, le refus de contribuer à l'atteinte des objectifs, cette envie de rester toujours à la marge et de s'échapper (Fouchard, 1988), (Béchacq, 2006), (Barthélémy, 1989) (Lucas, 2002).

Faisons maintenant ressortir les difficultés pour mettre en application ces principes dans le contexte d'Haïti.

Ainsi, dans une culture de marronnage, dans un contexte de domination sociale, d'injustice sociale et économique, d'exclusion des plus faibles et de népotisme, les employés ne sont pas normalement préoccupés par l'amélioration de leur travail puisque l'employé aura tendance de préférence à esquiver ses responsabilités, éviter de contribuer à l'atteinte des objectifs et à améliorer les processus.

De plus, dans le contexte haïtien, dans certaines organisations, il n'y a aucune imputabilité. Or le concept d'imputabilité est important pour la performance d'un système de façon globale. Comment alors implanter un PACQ dans un contexte où le concept d'imputabilité est quasi inexistant dans les faits.

Par ailleurs, au sein des organisations et du système de santé, c'est le manque de vision, la compétition féroce, la protection de son territoire, c'est la culture de conflits, de domination de l'autre. D'où la difficulté de considérer les organisations de santé en Haïti comme des parties interdépendantes, l'une des présupposés logiques de la gestion de la qualité.

En ce qui concerne le partenariat, chaque organisation travaille en vase clos et se concentre sur ses extrants et résultats attendus. La vision de travailler en réseau avec un système complémentaire est à un stade embryonnaire.

On se demande alors comment la philosophie de la gestion totale de la qualité pourrait s'institutionnaliser dans un tel contexte. Dans la plupart des organisations, le climat de travail et l'environnement institutionnel sont délétères pour la motivation des employés. On peut en déduire que le coût de la mauvaise qualité importe peu puisqu'il y a un manque d'imputabilité et de satisfaction au travail. Ce qui empêcherait les employés d'être normalement préoccupés par l'amélioration de leur travail et la prise d'initiatives. La prise d'initiative peut être étouffée

doublement : d'abord par la culture de marronnage ensuite par la structure bureaucratique et hiérarchique qui caractérise les organisations sanitaires et le système de santé dans son ensemble.

Dans un climat de domination de l'autre, d'exclusion sociale et de marginalisation des plus faibles, on se rend compte que la qualité des produits et des services ne saurait dépendre des processus, mais plutôt du niveau social du client. Ainsi, les rapports de domination qui existent au sein de la société vont se refléter dans les services, les processus de soins et dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Dans une culture de corruption systématique et chronique, d'imputabilité, où l'on cherche à esquiver, à ne pas accepter sa responsabilité, on aura tendance à créer des problèmes au lieu de les résoudre de façon systématique. Les causes des dysfonctionnements sont considérées de façon plus individuelle que systémique : on veut souvent pointer quelqu'un du doigt quand il y a un dysfonctionnement et le blâmer. C'est le principe du « naming, blaming, shaming » qui est appliqué dans certaines organisations. Comment dans un tel contexte éviter de culpabiliser l'individu et d'étudier les dysfonctionnements de façon systémique ?

De plus, les rumeurs sont monnaie courante en Haïti. La plupart des décisions sont prises sur cette base. D'où la difficulté d'utiliser les données et les faits pour la prise de décisions et la résolution de problèmes.

En outre, en ce qui concerne la focalisation sur le client. Ce dernier point peut s'avérer difficile à mettre en œuvre dans un contexte de domination de la culture des professionnels de la santé. Ce sont les professionnels et non les clients qui sont au cœur du système. Donc, l'approche focalisée sur les clients est peu probable dans une telle culture centrée sur la vision des professionnels. Les professionnels pensent qu'ils savent les besoins et les attentes du patient.

On se demande si travailler en équipe est possible dans un contexte où l'individualisme, l'autoritarisme et la culture bureaucratique priment. Comment contourner les contraintes hiérarchiques et bureaucratiques et développer le travail en équipe afin de potentialiser les



apports de chacun et d'être plus efficace dans l'atteinte des objectifs organisationnels ? Dans une culture de marronnage, de méfiance vis à l'autre et de domination, on en doute.

Enfin, en ce qui concerne la prise de décision basée sur les faits, dans une culture de marronnage, de corruption et de népotisme, on évite en général de prendre des décisions en fonction des données existantes. Ce qui compte avant tout ce sont les influences de parrainage, les connexions politiques. Même lorsqu'on aurait la volonté de prendre des décisions basées sur une analyse préalable des données, on rencontrerait bien des difficultés, car le système d'information sanitaire est tellement inconsistant, peu précis, peu fiable et de mauvaise qualité. Haïti, le Nigéria, la Mauritanie, le Mozambique sont parmi les pays au monde où l'information sanitaire est la plus mauvaise (Bosch-Capblanch & al., 2009).

Pour terminer cette sous-section disons, globalement, que cette recherche a permis des regards inédits pour la compréhension des comportements « culturels » qui se répercutent dans les manières de planifier, mettre en œuvre, voire encore d'évaluer un programme de santé. Il est mentionné, dans la discussion, le « marronnage et l'histoire d'esclavage en Haïti » dans une espèce de sabotage des interventions liées à l'État ou les programmes externes, surtout des États-Unis.

Ainsi, on peut prédire que les principes et les activités de l'amélioration continue de la qualité étant aux antipodes de la culture locale, on aura un faible degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL en Haïti. Mais il ne faut pas perdre espoir, car la culture peut évoluer. Les professionnels de la santé et les gestionnaires du système peuvent se socialiser et se frotter avec d'autres pratiques, d'autres cultures, d'autres environnements et transformer sur le long terme leur propre culture et leur vision du système.

## **Limitation de la recherche et future recherche**

Maintenant, les limitations de cette recherche vont être précisées.

L'une des limitations de cette recherche c'est qu'on n'a pas pu valider le modèle logique avec un plus grand groupe d'acteurs. Seulement dix (10) participants représentant des acteurs clés de HEALTHQUAL ont été présents lors de la restitution et la validation du modèle. Ce qui a permis de réviser le modèle en fonction des feed-back reçus. Peut-être qu'il y existe un groupe d'acteurs qui a une autre vision du programme HEALTHQUAL-Haïti. Pour compenser cette faiblesse, des entrevues semi-structurées avec quatre autres acteurs clés de HEALTHQUAL-Haïti faisant partie du comité national HEALTHQUAL et du comité de coaching ont été organisés. De plus, une analyse systématique des documents écrits a été effectuée : près de soixante-dix (70) documents ont été analysés pour mieux élaborer le modèle logique. Enfin, les enregistrements « audio » d'une réunion semestrielle HEALTHQUAL et des séances de formation des coaches HEALTHQUAL ont été aussi systématiquement analysés avec le logiciel Atlas ti. Ce qui a permis de modifier le modèle afin qu'il reflète bien la conception et la perception des acteurs.

Cependant, l'une des forces de ce modèle logique, c'est le processus participatif et itératif dans son élaboration. Le modèle a subi plusieurs modifications en fonction des suggestions et recommandations reçues de la part des acteurs.

Par ailleurs, on aurait pu réaliser une analyse de la validité du contenu en utilisant l'analyse factorielle lors de la sélection des douze (12) dimensions pour évaluer le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Ceci aurait permis de voir comment les « items » sont corrélés aux domaines. Une étude de la validité du contenu est pertinente lors du développement de nouveau instrument de mesure pour évaluer le degré de mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité comme le programme HEALTHQUAL.

D'un autre côté, cette recherche représente aussi un défi méthodologique pour expliquer les facteurs qui influencent le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Procéder par étude de cas pour identifier les facteurs à l'œuvre et tester au moins sept modèles du changement de façon systématique et rigoureuse, c'est un travail ardu et difficile. De plus, dans la littérature

scientifique plusieurs auteurs ont confirmé le fait que collecter et analyser des données sur plusieurs initiatives de changement représente un défi méthodologique énorme (Pettigrew, Woodman, & Cameron, 2001). Et c'est là l'une des faiblesses de cette recherche, c'est qu'à l'avenir on peut construire une taille d'échantillon plus ample et disposer de temps et d'un budget suffisant pour étudier la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL en combinant différentes approches méthodologiques et conceptuelles. Il serait intéressant de combiner une approche qualitative et une approche quantitative ou du moins une approche mixte afin de pouvoir trianguler les résultats et corroborer les différents résultats. On aurait pu ainsi combiner une approche exploratoire plus qualitative et une approche confirmatoire plus quantitative. Aussi difficile que cela puisse être, des recherches futures devraient se réaliser avec des observations plus larges et en combinant différentes approches méthodologiques afin d'aller plus en profondeur. On peut combiner des approches non probabilistes avec des approches probabilistes.

Pour les données qualitatives collectées (documents, observations, entrevues), un codage ouvert dans un premier temps a été effectué. Mais on n'a pas calculé l'accord intra-codeur et inter-codeur. On gagnerait plus en termes de reproductibilité si, une fois la grille de codage stabilisée, deux (2) codeurs recodent les données avec la grille stabilisée pour évaluer l'accord inter-codeur et augmenter ainsi la fiabilité. Mais pour compenser pour cette faiblesse, on a dû faire appel à une sociologue qui a servi d'œil critique et a permis d'augmenter la validité.

L'autre faiblesse de cette étude, c'est que les données ont été collectées et analysées de façon rétrospective et transversale. Un devis de recherche prospectif et longitudinal pourrait permettre de mieux comprendre certains aspects de la mise en œuvre. Quoique le temps que l'étudiant-chercheur a passé sur le terrain soit assez long (près de 8 ans) et puisse compenser pour cette faiblesse.

## **CONCLUSION GÉNÉRALE**

Le but de cette recherche est de comprendre le degré de mise en œuvre et les facteurs qui influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Les résultats montrent que le degré de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL se situe entre faible et moyen ou entre moyen et élevé.

Pour arriver opérationnaliser les objectifs de recherche, la première étape a été d'élaborer le modèle logique du programme HEALTHQUAL afin qu'on puisse procéder à une évaluation systématique et rigoureuse du programme HEALTHQUAL.

Le modèle logique présente la théorie qui sous-tend le programme HEALTHQUAL-Haïti et les liens qui existent entre les composantes de l'intervention, les intrants, les activités, les processus et les résultats. On a, comme stratégie de recherche, fait appel à l'analyse documentaire, l'observation participante, la consultation d'experts, la réunion de restitution et de validation du modèle logique. Les résultats montrent que les principales composantes ou stratégie de HEALTHQUAL-Haïti sont : le coaching, l'apprentissage par les pairs, la performance en amélioration de la qualité, l'implication des patients, l'implication des employés et des prestataires, le plan d'amélioration de la qualité, les projets d'amélioration de la qualité, le leadership de la direction, l'évaluation et les incitatifs. Les principales activités sont : la mesure de la performance, l'analyse des processus, la résolution de problèmes, l'adaptation ou l'adoption de changement, les évaluations organisationnelles, les auto-évaluations, les communautés de pratique, le partage d'expérience entre sites, les primes pour les projets de qualité et les institutions performantes. Le leadership à différents niveaux, le travail en équipe multidisciplinaire, la vision commune, la reddition de compte et la provision des ressources nécessaires, l'amélioration des systèmes et des processus, l'amélioration de la culture qualité, l'amélioration continue de la qualité et l'apprentissage organisationnel représentent les principaux mécanismes par lesquels HEALTHQUAL-Haïti aboutit aux résultats escomptés. Les résultats obtenus ont été analysés à la lumière de la littérature scientifique dans le domaine de l'amélioration de la qualité.

La réalisation du modèle logique de HEALTHQUAL-Haïti représente une étape fondamentale pour l'évaluation du programme d'amélioration de la qualité HEALTHQUAL-Haïti. La modélisation a permis de poser les bonnes questions lors de l'analyse de l'implantation. De plus, l'élaboration du modèle logique a facilité l'observation des discordances entre ce qui a été planifié et ce qui est réellement mise en œuvre. Enfin, le modèle logique peut permettre de combler les lacunes dans les évaluations des interventions trop souvent focalisées sur les effets sans forcément comprendre l'intervention et ses processus. Ainsi, le modèle logique permet de mieux comprendre le processus de production des effets et les mécanismes de production des effets.

Les résultats montrent que le site HUP a un degré de mise en œuvre qui peut être classé de moyen ; HUI entre faible et moyen ; CDS La Fossette entre moyen et élevé et NPFS entre moyen et élevé. Les résultats montrent que tous les sites luttent et ont des défis lors de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Dans l'ensemble, les observations de 2012 à 2019 de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL montrent une évolution en dents de scie. Aucun établissement n'a pu garder un degré de mise en œuvre élevé et constant durant cette période d'observation de 2012 à 2019.

Suite à ce constat, on peut schématiser la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL comme un cycle de vie d'un être humain dans le contexte haïtien : embryon, nouveau-né, adolescent, adulte et zombi. Ce processus n'est pas linéaire, mais plutôt c'est processus itératif et circulaire en fonction de diverses variables contextuelles.

On a trouvé de l'évidence pour les modèles du changement suivants, lors de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL : modèle politique, néo-institutionnaliste, psychologique, de développement organisationnel, structurel, le modèle de l'apprentissage organisationnel et le modèle rationnel.

Les résultats ont montré que plusieurs modèles de changement sont à l'œuvre et chacun peut expliquer en partie la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Le modèle politique fait

intervenir les variables comme la capacité de négociation des acteurs tant internes qu'externes, formelles ou informelles lors de la mise en œuvre. Les réseaux d'acteurs sont organisés autour d'acteurs centraux qui coordonnent et rendent des comptes. Les caractéristiques des réseaux sont déterminantes dans le succès de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Le modèle néo-institutionnel est également à l'œuvre dans le cadre du programme HEALTHQUAL. Les concepts de « path-dependence » expliquent les difficultés de certains changements et le passage effectif de HIVQUAL vers HEALTHQUAL. Le manque de congruence entre les normes et les pratiques des acteurs expliquent les échecs dans certains cas. Ainsi, il faut plus qu'un changement de nom pour que cela marche, il faut un changement au niveau des normes institutionnelles afin que les acteurs puissent incarner de nouvelles normes et œuvrer dans le sens de HEALTHQUAL au lieu de HIVQUAL.

Par ailleurs, l'aspect leadership est important. Plus les leaders sont en mesure de vaincre les résistances au changement, plus on observe une mise œuvre accéléré du programme HEALTHQUAL. Le travail en équipe multidisciplinaire et la collaboration au sein des équipes facilitent la mise en œuvre. De plus, le rôle des champions, leur capacité de négociation et leur influence sont déterminants dans le processus de changement.

Le système d'information informatisé est un atout dans la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. De plus, le développement de l'infrastructure qualité est une stratégie fondamentale pour le succès du programme HEALTHQUAL.

L'expertise communautaire et la collaboration entre le niveau institutionnel et communautaire sont des variables clés pour la performance organisationnelle dans le cadre du programme HEALTHQUAL.

La stratégie de résolution de problèmes, d'apprentissage collectif et de changement graduel et à petits pas contribuent à l'amélioration de la performance du programme HEALTHQUAL.

Cependant, chaque modèle explique seulement en partie la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Pris de façon isolée, les modèles du changement fournissent une explication partielle, voire contradictoire de la mise en œuvre.

L'un des résultats de cette recherche c'est la proposition d'une approche configurationnelle qui permet de mieux appréhender la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Les différents concepts des différents modèles du changement ont été proposés afin de mieux comprendre la complexité de la mise en œuvre et les relations complexes qui existent entre les différentes variables en action lors de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

On a identifié quatre (4) variables clés faisant partie de chaque modèle du changement. De l'évidence pour 28 variables a été trouvée. Vingt-huit concepts sont à l'œuvre : la planification, le contrôle hiérarchique, la communication verticale, la cohérence entre la prévision et le comportement des acteurs, les attitudes et les croyances des acteurs, la congruence entre les habitudes des acteurs et le programme HEALTHQUAL, la capacité de vaincre les résistances, le renforcement des normes, la gestion participative, la décentralisation des décisions, la communication horizontale, l'enrichissement des tâches, la capacité d'adaptation, le degré de flexibilité, les attributs organisationnels, le système d'information, le jeu de pouvoir, le degré d'appui des forces politiques, la capacité de négociation, le leadership partagé, "path-dependency", l'héritage politique, les normes institutionnelles, le degré de conformité des contraintes institutionnelles et des pratiques organisationnelles, la capacité pour prendre des initiatives, l'expérimentation, la capacité d'apprentissage et la culture organisationnelle.

Les résultats montrent que la culture organisationnelle est une variable incontournable et interagit avec différents éléments du modèle pour expliquer la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Dans la littérature scientifique très peu de recherche dans les pays en voie de développement ont tenté d'expliquer de façon systématique et rigoureuse les déterminants de la mise en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité. En outre, évaluer les programmes d'amélioration de la qualité représente un soi un défi méthodologique énorme en termes d'approche, de stratégies de

recherche, de temps et de ressources. Par ailleurs, la plupart des recherches sur les initiatives d'amélioration de la qualité dans les pays en voie de développement comme Haïti manque l'ancrage théorique et contribue très peu à la littérature scientifique sur la mise en œuvre des initiatives d'améliorations de la qualité. Il est de plus en plus évident qu'il faut insister sur les approches théoriques lors de l'évaluation des initiatives d'amélioration de la qualité. Ceci est d'autant plus important que le système de santé se complexifie de plus en plus pour faire aux défis existants et émergents.

Dans les systèmes complexes, les choses sont imprévisibles et il y a des paradoxes. La démarcation entre l'organisation et son environnement est floue et l'ambiguïté est de mise. D'autre cadre conceptuel dynamique qui intègre ces ambiguïtés et imprévisibilité de l'environnement sont nécessaires pour mieux appréhender la mise en œuvre. Le système de santé en Haïti peut être considéré comme un système adaptatif complexe où les acteurs agissent de façon imprévisible et sont interdépendants pour mener des actions collectives. De plus, on observe en Haïti plusieurs systèmes dans le système et ces différents systèmes interagissent : ce qui peut créer des tensions et des paradoxes. L'interaction entre les divers acteurs peut donner lieu à des surprises, des innovations, de la créativité et aussi des blocages et des impasses. En Haïti, on navigue entre la simplicité et le chaos et parfois, les systèmes tendent plus vers le chaos que la simplicité. D'où la nécessité d'avoir des cadres conceptuels pour appréhender cette réalité complexe et la mise en œuvre des programmes de qualité dans un environnement complexe, voire chaotique.

C'est un réseau d'acteurs externes et internes, tant au niveau national et international, des stratégies, des normes, des valeurs, des ressources, du pouvoir qui interagissent pour influencer la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL-Haïti.

On constate que la capacité de négociation peut interagir avec différentes autres variables comme la capacité de mobilisation des ressources, la planification, la capacité de vaincre les résistances au changement. Ces négociations se réalisent à travers des champions ou des acteurs internes ou externes à l'organisation. Ils sont influents et respectés par les acteurs.



L'autre variable incontournable dans le modèle c'est la culture organisationnelle qui interagit avec d'autres variables pour faciliter ou entraver les changements. Quand les normes du programme HEALTHQUAL sont en contradiction avec la culture des prestataires, on constate des difficultés lors de la mise en œuvre ; quand les normes du programme HEALTHQUAL sont en harmonie avec la culture des prestataires, cela agit comme un facteur facilitant.

Les caractéristiques de l'environnement organisationnel, la structure et les caractéristiques des réseaux, le système de coaching, de mentoring, le partenariat, les capacités de mobilisation des ressources influencent la réalisation des projets qualités, l'amélioration des processus, des systèmes et la performance du programme HEALTHQUAL.

Quand la culture organisationnelle, les normes environnementales, les orientations stratégiques et le climat organisationnel sont en harmonie, ceci favorise la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Le changement est possible même dans un contexte institutionnel forte (au sens néo-institutionnaliste du terme) car les acteurs ont des marges de manœuvre et peuvent, à un moment crucial du programme HEALTHQUAL, saisir des fenêtres d'opportunité dans des moments critiques, les points tournants. Ainsi plusieurs variables peuvent intervenir dans ce contexte, les capacités de négociation, le leadership partagé, le système d'information, la capacité de vaincre les résistances au changement et la culture qualité au niveau organisationnel.

Le modèle néo-institutionnaliste (path-dependence, point tournant), le modèle politique (capacité de négociation, jeu de pouvoir, leadership partagé) et le modèle de développement organisationnel (gestion participative, enrichissement des tâches) et structurel (système d'information, degré de flexibilité, capacité de transformation suite aux pressions externes) et la culture organisationnelle peuvent être combinés pour appréhender une mise en œuvre intégrée et globale du programme HEALTHQUAL.

D'un autre côté, l'autre résultat de cette recherche, c'est la possibilité de combiner de façon harmonieuse le modèle rationnel et le modèle de développement organisationnel. Le modèle

rationnel facilite la communication de haut en bas et un contrôle hiérarchique ; dans le modèle de développement organisationnel, la communication de bas en haut et une approche participative sont prônées. Quand il y a coupure entre les décisions stratégiques et leur manque d'appropriation par le niveau opérationnel, des difficultés de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL sont observées.

Quand les préoccupations du niveau opérationnel ne sont pas satisfaites ou prises en compte par les leaders et les décideurs du sommet hiérarchique, on observe des difficultés de mise en œuvre du programme HEALTHQUAL.

Cette recherche a permis d'apporter un éclairage théorique unique dans le cadre de la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL. Plus de recherche est nécessaire pour mieux appréhender la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL en Haïti. A l'avenir il serait nécessaire de tester des modèles théoriques plus complexes comme la théorie de la complexité afin de mieux comprendre les dynamiques émergentes et complexes qui influencent la mise en œuvre des initiatives qualité en Haïti.

En ce qui concerne l'élaboration du modèle logique de HEALTHQUAL, d'autres recherches sont nécessaires pour approfondir ces questions si pertinentes et pour mieux comprendre la logique des acteurs clés du programme d'amélioration de la qualité. Un axe majeur de recherche, c'est d'explicitier les différentes visions qui peuvent se dégager lors de l'élaboration du modèle logique et la prise en compte de ces visions pour une meilleure compréhension de la mise en œuvre de l'intervention.

Plus de recherche est nécessaire pour mieux comprendre le degré de mise en œuvre et les facteurs qui influencent la mise en œuvre du programme HEALTHQUAL en Haïti.

Plus d'études prospectives, avec un focus théorique lors de la conception, la planification et l'exécution de la recherche, seraient nécessaires pour faire avancer la science de l'implantation et la mise en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité en Haïti.

## Références bibliographiques complètes

- Abrahamson, E. (1991). Managerial fads and fashions: The diffusion and refection of innovations. *Academy of Management Review*, 16(3), 586-612.
- Abrahamson, E., & Fairchild, G. (1999). Management Fashion: Life-cycles, Triggers and Collective Learning Processes. *Administrative Science Quarterly*, 44(4), 708–40.
- Adizes, I. (1989). *Corporate lifecycles: How and why corporations grow and die and what to do about it*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Adizes, I. (2004). Managing corporate lifecycles. *The Adizes Institute Publishing*.
- Alexander, J. A., Weiner, B. J., Shortell, S. M., Baker, L. C., & Becker, M. P. (2006). The Role of Organizational Infrastructure in Implementation of Hospitals' Quality Improvement. *HOSPITAL TOPICS: Research and Perspectives on Healthcare*, 84(1), 11-20.
- Alvarez, R. (2004). The electronic health record: a leap forward in patient safety. *HealthcarePapers*, 5(3), 33-36. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2004.16862>
- Alford, R. R., King, G., Keohane, R. O., & Verba, S. (1995). Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research. *Contemporary Sociology*.  
<https://doi.org/10.2307/2076556>
- ANAES. (1999). *Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité : les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français*. Paris: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.
- ANAES. (2000). *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. France.
- Argyris, C., & Schön, D. (1978). *Organizational Learning*: Addison-Wesley.
- Art, C. (2009). Prince of Networks Bruno Latour. In *Victoria*.
- Aveling, E. L., Zegeye, D. T., & Silverman, M. (2016). Obstacles to implementation of an intervention to improve surgical services in an Ethiopian hospital: A qualitative study of an international health partnership project. *BMC Health Services Research*.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1639-4>
- Balasubramanian, B. A., Cohen, D. J., Davis, M. M., Gunn, R., Miriam Dickinson, L., Miller, W. L., ... Stange, K. C. (2015). Learning Evaluation: Blending quality improvement and implementation research methods to study healthcare innovations. *Implementation Science*. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0219-z>

- Baldrige National Quality Program. (2009). 2009-2010 Health Care Criteria for Performance Excellence, the Baldrige National Quality Program at the National Institute of Standards and Technology in Gaithersburg, MD.
- Banque mondiale. (2020). Présentation Haïti. Retrieved from Banque mondiale website: <https://www.banquemondiale.org/fr/country/Haïti/overview>
- Bardfield, J., Agins, B., Akiyama, M., Basenero, A., Lumphala, P., Kaindjee-Tjituka, F., ... Hamunime, N. (2015). A quality improvement approach to capacity building in low- and middle-income countries. (Special Issue: Fostering HIV program quality to achieve epidemic impact.). *Aids*.
- Bareil, C., & Savoie, A. (1999). Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel. *Gestion* 24(3), 86-94.
- Bass, F.M. (1969). A New Product Growth for Model Consumer Durables. *Management Science*, 13(5), 215–27.
- Barthélémy, G. (1989). *Le Pays en dehors*. Port-Au-Prince: Henry Deschamps/CIDHCA.
- Battilana, J. (2006). Agency and institutions: The enabling role of individuals' social position. *Organization*, 13(5), 653–676.
- Battilana, J., Leca, B., Boxenbaum, E. (2009). How actors change institutions: towards a theory of institutional entrepreneurship. *Academy of Management Annals*, 3(1), 65–107.
- Battilana, J. (2011). The enabling role of social position in diverging from the institutional status quo: Evidence from the U.K. National Health Service. *Organization Science*, 22(4), 817–834.
- Baum, J. (1996). Organizational Ecology. In C. Clegg & W. Nord Hardy (Eds.), *Handbook of Organization Studies*. London: Sage.
- Béchacq, D. (2006). Les parcours du marronnage dans l'histoire haïtienne : entre instrumentalisation politique et réinterprétation sociale. *Ethnologies*, 28(1), 203-240.
- Becker, S. W. (1993). TQM does work: ten reasons why misguided attempts fail. *Management Review*, 82(5), 30-32.
- Bellegarde, W., & Lherisson, J. (1906). *Manuel d'Histoire d'Haïti*. Port-Au-Prince.
- Berman, P. (1980). Thinking about Programmed and Adaptive Implementation: Matching Strategies to Situations. In D. Mann & H. Ingram (Eds.), *Why Policies Succeed and Fail*. Beverly Hills: Sage.

- Berlowitz, D. R., Young, G. J., Hickey, E. C., Saliba, D., Mittman, B. S., Czarnowski, E., Simon, B., Anderson, J. J., Ash, A. S., Rubenstein, L. V., & Moskowitz, M. A. (2003). Quality improvement implementation in the nursing home. *Health services research, 38*(1 Pt 1), 65–83. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00105>
- Berwick, D., & Nolan, T. (1998). Physicians as leaders in improving health care: a new series in *Annals of Internal Medicine. Ann Intern Med, 128*, 289-292.
- Berwick, D. M. (1989). Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *New England Journal of Medicine, 320*(1), 53-56.
- Berwick, D. M. (2004). Lessons from developing nations on improving health care *BMJ 328*, 1124-1129.
- Birken, S. A., Powell, B. J., Presseau, J., Kirk, M. A., Lorencatto, F., Gould, N. J., ... Damschroder, L. J. (2017). Combined use of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and the Theoretical Domains Framework (TDF): a systematic review. *Implementation Science, 12*(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0534-z>
- Blackburn, R., & Rosen, B. (1993). Total quality and human resources management: Lessons learned from Baldrige Award-winning companies. *Academy of Management Executive, 7*, 49-65.
- Blaise, P. (2004). *Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique.* Université Libre de Bruxelles et Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Anvers.
- Blaise, P., & Kegels, G. (2004). A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organisational models. *Int J Health Plann Mgmt., 19*, 337-364.
- Blumenthal, D., & Kilo, C. (1998). A report card on continuous quality improvement. *Milbank Q 76*, 625-648.
- Bouchet, B., Boucar, M., Edson, W., Kelley, E., Abdallah, H., & Ovetveit, J. (2002, 5-8 November). *Improving quality through microprojects: can developing countries do better?* Paper presented at the 9th International conference of the international Society for Quality in Health Care, Unesco Headquarters, Paris.
- Bouchet, B., Fransisco, M., & Ovetveit, J. (2002). The Zambia Quality Assurance Program: successes and challenges. *Int J Qual Health Care 14*, 89-95.
- Bourdieu, P. (1977). Sur le pouvoir symbolique. *Annales. Histoire, Sciences Sociales.* <https://doi.org/10.3406/ahess.1977.293828>
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *Réponses: pour une anthropologie réflexive.* Paris: Seuil.

- Bourque, R. (2012). Jean-Daniel Reynaud, Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale. *Relations Industrielles*. <https://doi.org/10.7202/050683ar>
- Bosch-Capblanch, X., Doyle, V., Remedios, V., & Bchir, A. (2009). Accuracy and quality of immunization information systems in forty-one low income countries. *Tropical Medicine and International Health*, 14(1), 2-10.
- Brannen, J. (2005). Mixing Methods: The Entry of Qualitative and Quantitative Approaches into the Research Process. *International Journal of Social Research Methodology* 8, 173-184.
- Brass, D. J. & Burkhardt, M. E. (1993). Potential power and power use - An investigation of structure and behavior. *Academy of Management Journal*, 36(3), 441-470.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brechet, J., & Desremaux, A. (2008). Que faire de l'ANT en management stratégique ? 17 e *Conférence Internationale de Management Stratégique*.
- Bridges, W. (1991). *Managing Transitions: Making the Most of Change*: Addison-Wesley.
- Buetow, S. A. & al. (1999). Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Health Care*, 8, 184-190.
- Bungener, M. (1992). La Trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, Anselm L Strauss, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. *Sciences Sociales et Santé*, 10(4).
- Burawoy, M. (2009). *The Extended Case Method: Four Countries, Four Decades, Four Great Transformations, and One Theoretical Tradition*. Berkeley: University of California Press.
- Burgers, J. S., Grol, R. P. M., Zaat, J. O. M., Spies, T. H., van der Bij, A. K., & Mokkink, H. G. A. (2003). Characteristics of Effective Clinical Guidelines for General Practice. *British Journal of General Practice*, 53, 15-19.
- Callon, M. (1986a). The sociology of an actor-network. *Mapping the Dynamics of Science and Technology*.
- Callon, M. (1986b). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc. *L'Année Sociologique*.
- Callon, M. (1986c). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc. *L'Année Sociologique*.
- Callon, M., & Latour, B. (1991). La science telle qu'elle se fait. Anthologie de la sociologie des sciences de langue anglaise. In *TAP / Anthropologie des sciences et des techniques*.

- Callon, M. (1998). Actor-Network Theory-The Market Test. *The Sociological Review*.  
<https://doi.org/10.1111/1467-954x.46.s.10>
- Burt, R. S., & Ronchi, D. (2007). Teaching executives to see social capital: Results from a field experiment. *Social Science Research*, 36(3), 1156–1183.
- Cameron, K. S. (1986). Effectiveness as Paradox: Consensus and conflict in conception of organizational Effectiveness. *Management Science*, 32(5), 539–553.
- Cameron, K. S., & Whetten, D. A. (1983). *Organizational Effectiveness, A comparison of Multiple Models*. Washington: Academic Press.
- Campbell, D. (1986). Relabeling internal and external validity for applied social scientists. *New direction for program evaluation*, 31, 67-77.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Montréal: Université de Montréal. Commission sur l'avenir des soins de santé.
- Champagne, F., & Denis, J.-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service social : l'avenir des services ou services d'avenir*, 41(1), 143-163.
- Champagne, F., Denis, J. L., Pineault, R., & Contandriopoulos, A. P. (1991). Structural and Political Models of Analysis of the Introduction of an Innovation in Organizations: The Case of the Change in the Method of Payment of Physicians in Long Term Care Hospitals. *Health Services Management Research*, 4(2), 94-111.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Charmaz, K., & Bryant, A. (2010). Grounded theory. In *International Encyclopedia of Education*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-044894-7.01581-5>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation. Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Choppin, J. (1991). *Quality Through People - A Blueprint for Proactive Total Quality Management*. San Diego, CA: Pfeiffer & Company.
- Christensen, C. M., Bohmer, R., & Kenagy, J. (2000). Will Disruptive Innovations Cure Health Care? *Harvard Business Review*, 102-112.

- Churchill, N., & Lewis, V. (1983). The five stages of small business growth. *Harvard Business Review*, 61(3), 30–50.
- CIA. (2020). The World Factbook. Retrieved August 14, 2020, from CIA website: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ha.html>
- Clark, J. (2003). Quality Improvement forum sets sights on developing countries and on patients. *BJM*, 326, 1110.
- Coles, E., Wells, M., Maxwell, M., Harris, F. M., Anderson, J., Gray, N. M., ... MacGillivray, S. (2017). The influence of contextual factors on healthcare quality improvement initiatives: What works, for whom and in what setting? Protocol for a realist review. *Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0566-8>
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel : théorie et pratique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Collins, D. (1998). *Organizational Change : Sociological Perspectives*. London: Routledge.
- Connolly, T., Conlon, D. J., & Deutsch, S. J. (1980). Organizational Effectiveness: A Multiple Constituency Approach. *Academy of Management Review*, 5(211–217).
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Montreal: Gaetan Morin Editeur.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Counte, M. A., & Meurer, S. J. (2001). Issues in the assessment of continuous quality implementation in healthcare organizations. *International Journal of Quality in Healthcare*, 13(3), 197–207.
- Courpasson, D. (1998). Le changement est un outil politique. *Revue Française de Gestion*, 120, 6-16.
- Creswell, John W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.
- Damanpour, F. (1991). Organizational Innovation: A Meta-analysis of Effects of Determinants and Moderators. *Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590.



- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- DeJong, D. J. (2009). Quality improvement using the Baldrige Criteria for Organizational Performance Excellence. *American Journal of Health-System Pharmacy*. <https://doi.org/10.2146/ajhp080450>
- Delpuech, C., & Klarsfeld, A. (2007). L'Apport De La Théorie De La Régulation Sociale Et De L'Approche Neo-Institutionnelle à L'Étude De La Responsabilité Sociale De L'Entreprise. *AGRH*.
- Demers, C. (1999). De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. *Gestion* 24(3), 131-139.
- Demes, J. A. E., Nickerson, N., Farand, L., Becerril-Montekio, V., Torres, P., Dube, J. G., ... Jasmin, E. R. (2020). What are the characteristics of the champion that influence the implementation of quality improvement programs? *Evaluation and Program Planning*, 80. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2020.101795>
- Demes, J. A. E., Becerril-Montekio, V., Torres-Pereda, P., Jasmin, E. R., Dube, J. G., Coq, J. G., & Nickerson, N. (2021). Analysis of implementation outcomes of quality improvement initiatives in Haiti: the fingerprint initiative. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.68>
- de Terssac, G. (2012). La théorie de la régulation sociale : repères introductifs. *Revue Interventions Économiques. Papers in Political Economy*.
- Dodier, N. (2003). Leçons politiques de l'épidémie de sida. In *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.1760>
- Dolmans, D. H. J. M., Wolfhagen, H. A. P., & Scherpbier, A. J. J. A. (2003). From quality assurance to total quality management: How can quality assurance result in continuous improvement in health professions education? *Education for Health*. <https://doi.org/10.1080/1357628031000116899>
- Deming, W. E. (1986). *Out of Crisis*. Cambridge, MA: MIT Press.
- DiMaggio, P. J., Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *Am. Sociol. Rev*, 48, 147–160.
- Denis, J.-L., & Champagne, F. (1992). L'analyse de l'implantation: modèles et méthodes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 5(2), 47-67.

- Denis, J. L., & Champagne, F. (1990). Pour comprendre le changement dans les organisations. *Gestion*, 44-55.
- Denis, J. L., Contandriopoulos, A. P., & Pomey, M.-P. (2008). La gouvernance clinique. *Pratiques et Organisations Des Soins*, 3.
- Denzin, N. (1978). *The research Act: A theoretical introduction to sociological methods*. New York: Mc-Graw-Hill.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor. Mich: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260, 1743-1748.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Arch. Pathol. Lab. Med*, 114, 1115-1118.
- Downs, G. W. J., & Mohr, L. B. (1978). Conceptual issues in the study of innovation. *Administrative Science Quarterly*, 21(4), 700-714.
- Duarte, N. T., Goodson, J. R., & Arnold, E. W. (2013). Performance management excellence among the Malcolm Baldrige National Quality Award winners in health care. *Health Care Manager*. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3182a9d704>
- Dubar, C., Eymard-Duvernay, F., Reynaud, J.-D., & Eymard-Duvernay, F. (1990). Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale. *Revue Française de Sociologie*. <https://doi.org/10.2307/3322412>
- Dugas, S., & De Brouwere, V. (2001). *Appui à la généralisation de l'Approche Qualité dans le Secteur Sanitaire du Niger*. Nyamey, Niger: République du Niger, Ministère de la Santé
- EC. (2016). *So What? Strategies across Europe to assess quality of care. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment*. Brussels: European Commission.
- EC. (2010). *EU Actions on Patient Safety and Quality of Healthcare. European Commission, Healthcare Systems Unit*. Madrid: European Commission.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*. <https://doi.org/10.5465/amr.1989.4308385>
- Eisenhardt, K. M. (1991). Better Stories and Better Constructs: The Case for Rigor and Comparative Logic. *Academy of Management Review*. <https://doi.org/10.5465/amr.1991.4279496>
- Eisenhardt, K.M., Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*, 50, 25–32.

- Feigenbaum, A. V. (1991). *Total Quality Control, 40th anniversary edition*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Fiss, P. C. (2009). Case studies and the configurational analysis of organizational phenomena. In D. S. Byrne & C. C. Ragin (Eds.), *The SAGE handbook of case-based methods* (pp. 424–440). London/Thousand Oaks: Sage.
- Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, W. F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida
- Fligstein, N. (1991). The structural transformation of American industry: An institutional account of the causes of diversification in the largest firms, 1919-1979. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, 311, 336.
- Flegel, K. (2008). Getting to the electronic medical record. *CMAJ*, 178(5), 531.
- Fouchard, J. (1988). *Les Marrons de la liberté*. Port-Au-Prince: Henri Deschamps.
- Foy, R., G. MacLennan, G., Grimshaw, J., Penney, G., Campbell, M., & Grol, R. (2002). Attributes of Clinical Recommendations That Influence Change in Practice Following Audit and Feedback. *Journal of Clinical Epidemiology* 55, 717-722.
- Ford, M. W., & Evans, J. R. (2001). Baldrige Assessment and Organizational Learning: The Need for Change Management. *Quality Management Journal*.  
<https://doi.org/10.1080/10686967.2001.11918963>
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle*. Paris: Éditions du Seuil.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle*. Paris: Éditions du Seuil.
- Friedberg, E. (1994). *L'analyse stratégique*. Colloque de Cerisy, Paris: Seuil.
- Friese, S. (2016). Computer-Assisted Grounded Theory Analysis With ATLAS.ti. *ATLAS.Ti User Conference 2015 – Qualitative Data Analysis and Beyond*.  
<https://doi.org/10.14279/depositonce-5155>
- Friese, S. (2012). Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti. *Qualitative Research*.  
<https://doi.org/10.1177/14687941113475420>
- Frith, K. & al. (2006). Perception, knowledge, and commitment of clinical staff to shared governance. *Nurs Adm Q*, 30(3), 273–284.
- Fullan, M. (1972). Overview of the Innovative Process and the Uses. *Interchange*, 2-3, 1-26.
- Galbraith, J. (1982). The stages of growth. *Journal of Business Strategy*, 3(4), 70–79.

- Garcia-Elorrio, E., Rowe, S., Teijeiro, M., Ciapponi, A., & Rowe, A. (2019). The effectiveness of the quality improvement collaborative strategy in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, *14*(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221919>
- Gargiulo, M. (1993). 2-step leverage - Managing constraint in organizational politics. *Administrative Science Quarterly*, *38*(1), 1–19.
- Gargiulo, M., Ertug, G., & Galunic, C. (2009). The Two Faces of Control: Network Closure and Individual Performance among Knowledge Workers. *Administrative Science Quarterly*, *54*(2), 299–333.
- Garvin, D. (1988). *Managing Quality*. New York: Free Press.
- Gehman, J., Glaser, V. L., Eisenhardt, K. M., Gioia, D., Langley, A., & Corley, K. G. (2018). Finding Theory–Method Fit: A Comparison of Three Qualitative Approaches to Theory Building. *Journal of Management Inquiry*. <https://doi.org/10.1177/1056492617706029>
- Geis, G. T. (1985). Risk Taking, Innovation and Organizational Environments. In R. L. Kuhn (Ed.), *Frontiers in Creative and Innovative Management*. Cambridge: Ballinger Pub Co.
- Gibson, T. C. (1990). Helping leaders accept leadership of total quality management. *Quality Progress*, 45-47.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris: PUF.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.
- Gilbert, C. G., & Christensen, C. M. (2005). Anomaly-seeking research: thirty years of development in resource allocation theory. In J. L. Bower & C. G. Gilbert (Eds.), *From resource allocation to strategy* (pp. 71–89). Oxford: University Press Oxford.
- Gimbel, S., Mwanza, M., Nisingizwe, M. P., Michel, C., & Hirschhorn, L. (2017). Improving data quality across 3 sub-Saharan African countries using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): results from the African Health Initiative. *BMC Health Services Research*, *17*(S3), 828. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2660-y>
- Glaser, Barney G. & Strauss, A. L. (1967). *Discovery of Grounded Theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, Barney G. (1978). *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley, Ca.: Sociology Press.
- Goldstein, S. M., & Schweikhart, S. B. (2002). Empirical Support for the Balbridge Award Framework in U.S Hospitals. *Health Care Management Review*, *27*(1), 62-75.

- Goldstone, J. (1998). The role of quality assurance versus continuous quality improvement. *Journal of Vascular Surgery*. [https://doi.org/10.1016/S0741-5214\(98\)70180-6](https://doi.org/10.1016/S0741-5214(98)70180-6)
- Goodman, P. S., & Kurke, L. B. (1982). Studies of Change in Organizations: A Status Report. In P. S. Goodman & al. (Eds.), *Change in Organizations* (pp. 1-46). San Francisco: Jossey-Bass Pub.
- Gould, S. J. (1989). Punctuated equilibrium in fact and theory. *Journal of Social and Biological Structures*, *12*, 117-136.
- Goulding, C. (1999). Grounded Theory: some reflections on paradigm, procedures and misconceptions. *European Journal of Marketing*. <https://doi.org/10.1016/j.foreco.2011.02.020>
- Granovetter, M., & Soong, R. (1983). Threshold Models of Diffusion and Collective Behavior. *Journal of Mathematical Sociology*, *9*, 165–79.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, *82*(4), 581-629.
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1988). Organizational Design Types, Tracks and the Dynamics of Strategic Change. *Organization Studies*, *9*, 293–316.
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1993). Understanding Strategic Change: The Contribution of Archetypes. *Academy of Management Journal*, *36*, 1052–81.
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1996). Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and the New Institutionalism. *Academy of Management Review* *21*(4), 1022-1054.
- Grol, R., Dalhuizen, J., Thomas, S., Veld, C., Rutten, G., & H. Mookink, H. (1998). Attributes of Clinical Guidelines That Influence Use of Guidelines in General Practice: Observational Study. *British Medical Journal* *317*, 358-361.
- Grol, R., & Wensing, M. (2005). Characteristics of Successful Innovations. In R. Grol, M. Wensing & M. Eccles (Eds.), *Improving Patient Care; the Implementation of Change in Clinical Practice* (pp. 60–70). Oxford: Elsevier.
- Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2005). *Improving patient care. The implementation of change in clinical practice*. Oxford: Elsevier.
- Grol, R. P. T. M., Bosch, M. C., Hulscher, M. E. J. L., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Quarterly*. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x>

- Grol, R., Berwick, D., & Wensing, M. (2008). On the trail of quality and safety in health care. *BMJ*, 336, 74-76.
- Hackman, J. R., & Wageman, R. (1995). Total quality management: Empirical, conceptual, and practical issues. *Administrative Science Quarterly*, 40, 309-342.
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. *Rupture, Revue Transdisciplinaire en Santé*, 4(1), 59-78.
- Hage, J. (1985). Responding to Technological and Competitive Change : Organizational and Industry Factors. In D. Davis & al. (Eds.), *Managing Technological Innovation* (pp. 44-71). San Francisco: Jossey-Bass Pub.
- Hage, J. T. (1999). Organizational Innovation and Organizational Change. *Annual Review of Sociology*, 25, 597-622.
- Hanks, S. H., Watson, C. J., Jansen, E., & Chandler, G. N. (1994). Tightening the Life-Cycle Construct: A Taxonomic Study of Growth Stage Configurations in High-Technology Organizations. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 18(2), 5–29. <https://doi.org/10.1177/104225879401800201>
- Hammersley, M. (1992). *What's wrong with ethnography?* London: Routledge.
- Hannan, M., & Freeman, J. (1984). Structural Inertia and Organizational Change. *American Sociological Review* 49, 149-164.
- Harris, C. R. (1996). The evolution of quality management: An overview of the TQM literature. *Canadian Journal of Administrative Science*, 12, 95–105.
- Harrison, S. (1985). Perspectives on Implementation. In A. F. Long & S. Harrison (Eds.), *Health Services Performance* (pp. 105-125). London: Croom Helm.
- HEALTHQUAL. (2010). Informations, stratégies et philosophie. Retrieved Novembre 2010, 2010, from <http://www.healthqual.org/index.cfm/1515>
- Heiskanen, E. (2002). The institutional logic of life cycle thinking. *Journal of Cleaner Production*. [https://doi.org/10.1016/S0959-6526\(02\)00014-8](https://doi.org/10.1016/S0959-6526(02)00014-8)
- Herman-Taylor, R. J. (1985). Finding new Ways of Overcoming Resistance to Change. In J. M. Pennings & al. (Eds.), *Organizational Strategy and Change* (pp. 383-411). San Francisco: Jossey-Bass Pub.
- HIVQUAL International. (2009). The HIVQUAL International Update. *Volume 2*(1).
- Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) & ICF. (2018). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services en Haïti 2016-2017 : Rapport de synthèse*. Rockville, Maryland, USA.

- IHSI. (2018). *Enquête sur les conditions de vie en Haïti (ECV)*. Port-au-Prince.
- Ijkema, R., Langelaan, M., Van de steeg, L., & Wagner, C. (2014). What impedes and what facilitates a quality improvement project for older hospitalized patients? *International Journal for Quality in Health Care*. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt079>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century*. Washington: National Academy Press.
- Ishikawa, K. (1985). *What Is Total Quality Control? The Japanese Way*. NJ: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Juran, J. M. (1989). *Leadership for Quality: An Executive Handbook*. New York: The Free Press.
- Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W. M., Froehle, C. M., & Margolis, P. (2010). The influence of context on quality improvement success in health care: A systematic review of the literature. *Milbank Quarterly*. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00611.x>
- Kaplan, H. C., Provost, L. P., Froehle, C. M., & Margolis, P. A. (2012). The model for understanding success in quality (MUSIQ): Building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ Quality and Safety*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000010>
- Kazley, A. S., & Ozcan, Y. A. (2007). Organizational and environmental determinants of hospital EMR adoption: A national study. *Journal of Medical Systems*, 31(5), 375-384. <https://doi.org/10.1007/s10916-007-9079-7>
- Kets de Vries, M. F. R., & Miller, D. (1985). *L'entreprise névrosée*: McGraw-Hill.
- Kimberly, J. R., & Miles, R. H. (1980). *The organization life cycle*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., & Damschroder, L. (2016). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, 11(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>
- Koberg, C. S., Uhlenbruck, N., & Sarason, Y. (1996). Facilitators of organizational innovation: The role of life-cycle stage. *Journal of Business Venturing*. [https://doi.org/10.1016/0883-9026\(95\)00107-7](https://doi.org/10.1016/0883-9026(95)00107-7)
- Kotter, J. P., & Schlesinger, L. A. (1979). Choosing Strategies for Change. *Harvard Business Review* 57, 106-114.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Harvard Business Press.

- Kringos, D. S., Sunol, R., Wagner, C., Mannion, R., Michel, P., Klazinga, N. S., & Groene, O. (2015). The influence of context on the effectiveness of hospital quality improvement strategies: A review of systematic reviews Quality, performance, safety and outcomes. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0906-0>
- Kunkel, J. H. (1975). *Behavior, Social Problems and Change: A Social Learning Approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kupeli, N., Leavey, G., Moore, K., Harrington, J., Lord, K., King, M., ... Jones, L. (2016). Context, mechanisms and outcomes in end of life care for people with advanced dementia. *BMC Palliative Care*. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0103-x>
- Lachman, P., & Nicklin, W. (2017). Effectively leading for quality. *Healthcare Management Forum*, 30(5), 233–236. <https://doi.org/10.1177/0840470417706705>
- Lachman, P., Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Deighton, J., & Stapley, E. (2021). Perspectives of paediatric hospital staff on factors influencing the sustainability and spread of a safety quality improvement programme. *BMJ Open*, 11(3), e042163. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042163>
- Laffel, G., & Blumenthal, D. (1989). The Case for Using Industrial Quality Management Science in Health Care Organisations. *JAMA*, 262(20), 2869-2873.
- Langley, A. (1996). *Stratégies de l'analyse des données processuelles*. Montreal: Centre de recherche en gestion de l'Université du Québec A Montréal.
- Langley, A., Tsoukas, H., & Czarniawska, B. (2016). Actor-Network Theory. In *The SAGE Handbook of Process Organization Studies*. <https://doi.org/10.4135/9781473957954.n10>
- Latour, B. (1996). On actor-network theory: A few clarifications. *Soziale Welt*.
- Latour, B. (1998). From the world of science to the world of research? *Science*. <https://doi.org/10.1126/science.280.5361.208>
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Latour, B. (2017). On actor-network theory. A few clarifications, plus more than a few complications. *Logos (Russian Federation)*. <https://doi.org/10.22394/0869-5377-2017-1-173-197>
- Lawrence, P.R., Lorsh, J. W. (1967). *Organisation and environment*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lecours, A. (2002). L'approche néo-institutionnaliste en science politique : unité ou diversité? *Politique et Sociétés*, 21(3), 3–19.



- Lee, S., & al., (2002). Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation: experience in Korean Hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(5), 383-391.
- Lemieux, V. (1970). Le jeu de la communication politique. *Canadian Journal of Political Science*.
- Lewis, V. L., & Churchill, N. C. (1983). The Five Stages of Small Business Growth. *Harvard Business Review*. [https://doi.org/10.1016/0024-6301\(87\)90071-9](https://doi.org/10.1016/0024-6301(87)90071-9)
- Lide, D. R. (2018). Baldrige Criteria for Performance Excellence. In *A Century of Excellence in MEASUREMENTS, STANDARDS, and TECHNOLOGY*. <https://doi.org/10.1201/9781351069397-97>
- Lindblom, C. E. (1959). The “science” of muddling through. *Public Admin. Rev*, 19, 79–88.
- Lipsky, M. (1980). *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lohr, K. N., & Harris-Wehling, J. (1991). Medicare: a strategy for quality assurance: A recapitulation of the study and a definition of quality of care *QRB Qual Rev Bull*; 17: 6-9, 17, 6-9.
- Lozeau, D. (1996). L’effondrement tranquille de la gestion de la qualité: résultants d’une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec. *Ruptures*, 3(2), 187-208.
- Lozeau, D. (2004). *La démarche qualité: de l’enlèvement d’une technique à l’enracinement d’un archétype*. Paper presented at the 13<sup>ème</sup> conférence de l’AIMS.
- Lucas, R. (2002). Marronnage et marronnages. *Cahiers d’histoire. Revue d’histoire critique*, 89.
- Lukas, C., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I., Shwartz, M., et al. (2007). Transformational change in health care systems: an organisational model. *Health care Managem Rew*, 32(4), 309-320.
- Luo H. (2015). Factors Driving the Adoption of Quality Improvement Initiatives in Local Health Departments: Results From the 2010 Profile Study. *J Public Health Manag Pract*, 21(2): 176–185.
- Madiou, T. (1848). *Histoire d’Haïti*. Port-Au-Prince: Imprimerie JH. Courtois.
- Majone, G., & Wildavsky, A. (1978). Implementation as Evolution. *Policies Studies Review Annual* 2, 103-117.
- Mann, R., & Kehoe, D. (1995). Factors affecting the implementation and success of TQM. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 12(1), 11-23.

- Mark, M. (1987). *The study of causal process in evaluation research: a content analysis*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Evaluation Society, Boston (MA).
- Marshall, C., & Rossman, G. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park (CA): Sage.
- Mays, G. P., McHugh, M. C., Shim, K., Perry, N., Lenaway, D., Halverson, P. K., & Moonesinghe, R. (2006). Institutional and economic determinants of public health system performance. *American Journal of Public Health, 96*(3), 523–531. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.064253>
- McLaughlin, C., & Kaluzny, A. (2004). *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, implementation and applications*: Jones & Bartlett publishers.
- Memiah, P., Tlale, J., Shimabale, M., Nzyoka, S., Komba, P., Sebeza, J., ... Makokha, V. (2021). Continuous quality improvement (CQI) Institutionalization to reach 95:95:95 HIV targets: a multicountry experience from the Global South. *BMC Health Services Research, 21*(1), 711. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06731-7>
- Menachemi, N., Shin, D. Y., Ford, E. W., & Yu, F. (2011). Environmental factors and health information technology management strategy. *Health Care Management Review, 36*(3), 275–285. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3182048e7e>
- Merriam, S. B. (2009). Qualitative research: A guide to design and implementation. In *The JosseyBass higher and adult education series*. <https://doi.org/10.1097/NCI.0b013e3181edd9b1>
- Meyer, A. D., Goes, J. B., & Brooks, G. R. (1993). Organizations reacting to hyperturbulence. In G. P. Huber & W. H. Glick (Eds.), *Organizational change and redesign* (pp. 66- 111). New York: Oxford University Press.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology, 83*, 340-363. <https://doi.org/10.1086/226550>
- Miles, M., & Huberman, A. (2003). *Analyse des données qualitatives. Méthodes en sciences humaines*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Miller, D. (1983). The Correlates of Entrepreneurship in Three Types of Firms. *Management Science 29*(7), 771-791.
- Miller, D., & Friesen, P. H. (1984). A longitudinal study of the corporate life cycle. *Management Science, 30*(10), 1161–1183.
- Miller, D. (1990). *The Icarus Paradox*. New York: Harper Business.
- Miller, D. (2005). Reply to Michel Callon. *Economic Sociology: Electronic Newsletter*.

- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). (2004). *Plan Stratégique Intérimaire de Santé*. Port-au-Prince.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). (2012). *Politique Nationale de Santé*. Port-Au-Prince.
- MSPP. (2018). *Rapport statistique 2017*. Port-au-Prince.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). (2020). *Rapport des Comptes Nationaux de Santé 2015-2016*. Port-Au-Prince.
- Moos, N. (1983). An Organization Environment Framework for Assessing Program Implementation. *Evaluation and Program Planning* 6, 153-164.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Issy-les-Moulineaux: ESF.
- Morin, E., & Le Moigne, J. L. (1999). *L'intelligence de la complexité*. Paris: L'Harmattan.
- Morgan, G. (1986). *Image of Organization*. Beverly Hills: Sage.
- Nelson, R. R., Winter, S. G. (1982). *An Evolutionary Theory of Economic Change*. Cambridge, MA: Harvard Univ.
- O'Connor, T., & Byrne, J. (2015). Governance and the corporate life-cycle. *International Journal of Managerial Finance*. <https://doi.org/10.1108/IJMF-03-2013-0033>
- Okhuysen, G., & Bonardi, J. P. (2011). The challenges of building theory by combining lenses. *Academy of Management Review*, 36, 6–11.
- Olsen, J. P. (1976). The process of interpreting organizational history. In J. G. March & J. P. Olsen (Eds.), *Ambiguity and Choice in Organizations* (pp. 338–350). Bergen, Norway: Universitetsforlaget.
- Olsen, J. P. (1983). *Organized Democracy*. Bergen, Norway: Universitetsforlaget.
- Onyett, S. (2006). Daring to Dream: Learning the Lessons of Leadership for Service Improvement. *The British Journal of Leadership in Public Services*, 2(4).
- Orlandi, M. (1987). Promoting Health and Preventing Disease in Health Care Settings: An Analysis of Barriers. *Preventive Medicine* 16(1), 119-130.
- Øvretveit, J. (1998). *Evaluating health interventions*. Milton Keynes: Open University Press.
- Øvretveit, J., & Gustafson, D. (2002). Evaluation of Quality Improvement Programmes. *Quality and Safety in Health Care*, 11(3), 270-275.

- Øvretveit, J. (2011). Understanding the conditions for improvement: Research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ Quality and Safety*.  
<https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.045955>
- Parker, V. A., Wubbenhorst, W. H., Young, G. J., Desai, K. R., & Charns, M. P. (1999). Implementing Quality Improvement in Hospitals: The Role of Leadership and Culture. *American Journal of Medical Quality*, 14(1), 64-69.
- Patton, M. (2002). *Qualitative & research methods*. (3 ed.). Newbury Park: Sage.
- Patton, M. Q. (1986). *Utilization-Focused Evaluation*. Beverly Hills: Sage.
- Paulvin, J. C., & Monestime, T. (2006). *Les OMD en questionnement*. Port-Au-Prince.
- Pettigrew, A. (1990). Longitudinal field research on change: Theory and practice. *Organization Sciences*, 1(3), 267-292.
- Pfeffer, J. (1981). *Power in Organizations*. Marshfield, MA: Pitman.
- Pierson, P. (1996). The path to European integration: a historical institutionalist approach. *Comp. Polit. Stud*, 29(2), 123–63.
- Pinney, S., & Ho, A. (2016). The Puck Stops Here: Taking Organizational Accountability Seriously. *Healthcare Quarterly*, 18(4), 20–24. <https://doi.org/10.12927/hcq.2016.24565>
- Pledger, R. (1981). The Organizational Life Cycle: Issues in the Creation, Transformation, and Decline of Organizations. *Academy of Management Review*.  
<https://doi.org/10.5465/amr.1981.4285809>
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J.-L. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121–133.  
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001>
- Plsek, P., Solberg, L., & Grol, R. (2003). Total Quality Management and Continuous Quality Improvement. In R. Jones & al. (Eds.), *Oxford Textbook of Primary Medical Care* (pp. 490–495). Oxford: Oxford University Press.
- PNUD. (2019). *Rapport Mondial sur le Développement Humain*.
- Powell, W. W., & DiMaggio, P. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., ... Kirchner, J. A. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>

- Puttkammer, N., Baseman, J., Devine, B., Hyppolite, N., France, G., Honore, J., ... Barnhart, S. (2015). An assessment of data quality in Haïti's multi-site electronic medical record system. *Annals of Global Health*. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2015.02.952>
- Puttkammer, N., Pettersen, K., Hyppolite, N., France, G., Valles, J. S., Honoré, J. G., & Barnhart, S. (2017). Identifying priorities for data quality improvement within Haïti's iSanté EMR system: Comparing two methods. *Health Policy and Technology*. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2016.11.006>
- Pressman, J. L., Wildavsky, A. B. (1973). *Implementation*. Berkeley: Univ. Calif. Press Preston.
- Price, J. L. (1972). The Study of Organizational Effectiveness. *The Sociological Quarterly*, 13, 3–15.
- Rademaker, L. L., Grace, E. J., & Curda, S. K. (2012). Using computer-assisted qualitative data analysis software (CAQDAS) to re-examine traditionally analyzed data: Expanding our understanding of the data and of ourselves as scholars. *Qualitative Report*, 17(43), 1–11.
- Radner, R. (1975). A behavioral model of cost reduction. *Bell J. Econ*, 6, 196–215.
- Raleigh, V. S., & Foot, C. (2010). *Getting the measure of quality opportunities and challenges: The King's Fund*.
- Reynaud, J.-D. (2002). Pour une sociologie de la régulation sociale. *Sociologie et Sociétés*. <https://doi.org/10.7202/001632ar>
- Reynaud, J.-D. (2015). La régulation sociale. *International Review of Community Development*. <https://doi.org/10.7202/1033916ar>
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations* (4th ed.). New York: Free Press.
- Rogers, E.M., & Kincaid, D. L. (1981). *Communication Networks: Toward a New Paradigm for Research*. New York: Free Press.
- Rowe, A., Rowe, S., Peters, D., Holloway, K., Chalker, J., & Ross-Degnan, D. (2018). Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Global Health*, 6(11). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30398-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30398-X)
- Ruef, M., & Scott, R. W. (1998). A Multi-Dimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments. *Administrative Science Quarterly* 43, 877-904.
- Salter, M. B., & Walters, W. (2016). Bruno Latour Encounters International Relations: An Interview. *Millennium: Journal of International Studies*. <https://doi.org/10.1177/0305829816641497>

- Samsa, G., & Matchar, D. (2000). Can continuous quality improvement be assessed using randomized trials? *Health Services Research, 35*(3), 687–700.
- Sayes, E. (2014). Actor-Network Theory and methodology: Just what does it mean to say that nonhumans have agency? *Social Studies of Science*.  
<https://doi.org/10.1177/0306312713511867>
- Scheirer, M. A. (1981). *Program Implementation: The Organizational Context*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Schulinkamp, R. C., & Latham, J. R. (2015). Healthcare performance excellence: A comparison of Baldrige Award recipients and competitors. *Quality Management Journal*.  
<https://doi.org/10.1080/10686967.2015.11918438>
- Shea, C. M., Turner, K., Albritton, J., & Reiter, K. L. (2018). Contextual factors that influence quality improvement implementation in primary care: The role of organizations, teams, and individuals. *Health Care Management Review*.  
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000194>
- Scott, M., & Bruce, R. (1987). Five stages of growth in small business. *Long Range Planning*.  
[https://doi.org/10.1016/0024-6301\(87\)90071-9](https://doi.org/10.1016/0024-6301(87)90071-9)
- Scott, C. D., & Jaffe, D. T. (1992). *Maîtriser les changements dans l'entreprise: Agence d'ARC*.
- Scott, W. R. (1995). *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J., & Carona, C. A. (2000). *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Shin, D., Kalinsowski, J. G., & El-Enein, G. A. (1998). Critical implementation issues in total quality management. *SAM advanced Management Journal, 63*, 10-14.
- Shortell, S. (1983, 16 novembre). *Organization Theory and Health Services Delivery*. Paper presented at the American Public Health Association Annual Meeting, Dallas, Texas
- Shortell, S. M., Bennett, C. L., & Byck, G. R. (1998). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress. *Milbank Quarterly, 26*(4), 593-624.
- Shortell, S. M., O'Brien, J. L., Carman, J. M., Foster, R. W., Hughes, E. F. X., Boerstler, H., et al. (1995). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation. *Health Services Research, 30*(2), 377-401.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research*. London: Sage.

- Sicotte, C. et al. (1998). A Conceptual Framework for the Analysis of Health Care Organisations' Performance. *Health Services Management Research*, 11, 24–48.
- Singh, & al. (1986). Organizational Change and Organizational Mortality. *Administrative Science Quarterly* 31, 587-611.
- S.B. Sitkin, K.M. Sutcliffe, R. G. S. (1994). Distinguishing Control from Learning in Total Quality Management: A Contingency Perspective. *The Academy of Management Review*, 19(3), 537–564.
- Solberg, L. I., Brekke, M. L., Kottke, T. E., & Steel, R. P. (1998). Continuous quality improvement in primary care: What's happening? *Medical Care*, 36(5), 625–635.
- Spence, W. (1994). *Innovation. The Communication of Change in Ideas, Practices and Products*. London: Chapman and Hall.
- Steeple, M. M. (1992). *The Corporate Guide to the Malcolm Baldrige National Quality Award*. Homewood, IL: BusinessOne Irwin.
- Steinbruner, J. D. (1974). *The Cybernetic Theory of Decision*. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press.
- Steinmetz, L. L. (1969). Critical stages of small business growth. When they occur and how to survive them. *Business Horizons*. [https://doi.org/10.1016/0007-6813\(69\)90107-4](https://doi.org/10.1016/0007-6813(69)90107-4)
- Sternberg, R., & Wennekers, S. (2005). Determinants and effects of new business creation using global entrepreneurship monitor data. *Small Business Economics*. <https://doi.org/10.1007/s11187-005-1974-z>
- Stratton, B. (1991). *An Approach to Quality Improvement that Works: Improvement in the 90s*. Milwaukee, WI: ASQC Quality Press.
- Taskin, L., & Gomez, P.-Y. (2015). Articuler la théorie de la régulation sociale et l'approche conventionnaliste en gestion pour comprendre l'échec d'un projet de changement organisationnel ? @GRH. <https://doi.org/10.3917/grh.151.0099>
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research. Analysis Types and Software Tools*. New York: Falmer Press.
- Thelen, K. (1999). Historical institutionalism in comparative politics. *Annu. Rev. Polit. Sci.*, 2, 369–404.
- Thomson, V., & Thomson, J. (2013). *Improving Value at Hospitals Through Process Management*: The Conference Board of Canada.

- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight a"big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Tornatzky, L.G., & Johnson, E.C. (1982). Research on implementation. *Evaluation and Program Planning*, 5, 193-198.
- Umar, N., Litaker, D., & Terris, D. D. (2009). Toward More Sustainable Health Care Quality Improvement in Developing Countries: The “Little Steps” Approach. *Q Manage Health Care*, 18(4), 295-304.
- Van de Ven, A. H. (1992). Suggestions for studying strategy process. *Strategic Management Journal*, 13(special issue), 169-188.
- Virginia, L., & Neil C., C. (1987). The Five Stages of Small Business Growth. *Harvard Business Review*.
- Voltaire, H. C. (1999). *Les Unités Communales de Santé : principes et orientations stratégiques*. Port-Au-Prince.
- Wagenaar, B. H., Hirschhorn, L. R., Henley, C., Gremu, A., Sindano, N., & Chilengi, R. (2017). Data-driven quality improvement in low-and middle-income country health systems: lessons from seven years of implementation experience across Mozambique, Rwanda, and Zambia. *BMC Health Services Research*, 17(S3), 830. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2661-x>
- Watzlawik, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Weber, V., & Joshi, M. (2000). Effecting and leading change in health care organizations. *Jt Comm J Qual Improv*, 26(7), 388-399.
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation: Methods for studying programs and policies* (second ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Westbrook, J. D., & Utley, D. R. (1995). TQM—the effect of culture on implementation. *Engineering Management Journal*, 7(2), 31-34.
- Whetten, D. A. (1989). What Constitutes a Theoretical Contribution? *The Academy of Management Review*. <https://doi.org/10.2307/258554>
- WHO. (2018). *Handbook for national quality policy and strategy – A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Geneva: World Health Organization.
- Wilkinson, A., Marchington, M., & Dale, B. (1993). Enhancing the contribution of the human resource function to quality improvement. *Quality Management Journal*, 1, 35-46.



- Wilkinson, A., Marchington, M., Goodman, J., & Acker, P. (1992). Total quality management and employee involvement. *Human Resource Management Journal*, 2, 1-20.
- Wolfe, R. A. (1994). Organizational Innovation: Review, Critique and Suggested Research Directions. *Journal of Management Studies*, 31(3), 405-431.
- Wolfson, D., Bernabeo, E., Leas, B., Sofaer, S., Pawlso, G., & Pillittere, D. (2009). Quality improvement in small office settings: an examination of successful practices. *BMC Family Practice*, 10(14).
- Womack, J., & Jones, D. (2007). *Système Lean. Penser l'entreprise au plus juste. "La qualité au coeur de la production.* (2e édition ed.): Village Mondial.
- Yin, R. K. (1984). *Case study research.* Beverly Hills (CA): Sage.
- Yin, R. K. (1989). *Case study research: design and methods. (Revised ed.)*. Newbury Park: Sage.
- Yuchtman, E., & Seashore, S. E. (1967). A System Resource Approach to Organization Effectiveness. *American Sociological Review*, 32, 891-903.
- Zaltman, G., & Duncan, R. (1977). *Strategies for Planned Change.* New York: Wiley.
- Zbaracki, M. J. (1998). The rhetoric and reality of total quality management. *Administrative Science Quarterly*, 602-636.



## **Annexes générales**

Annexe 1. Présentation programme HEALTHQUAL

Annexe 2. Guide d'entrevue et de focus groupe : modélisation du PACQ

Annexe 3. Guide d'entrevue : mesure du degré de mise en œuvre et les déterminants (équipe qualité, professionnels, gestionnaires)

Annexe 4. Guide d'entrevue sur le degré de mise en œuvre et les déterminants : direction/administration de l'hôpital ou de l'établissement de santé

Annexe 5. Guide d'entrevue sur le degré de mise en œuvre et les déterminants : partenaires, représentants ONG, représentants MSPP, représentants comité de pilotage national, comité national de mentorat, représentants au niveau départemental

Annexe 6. Formulaire de consentement éclairé

Annexe 7. Échéancier

## **Annexe 1. Présentation programme HEALTHQUAL**

### **Annexe 1.1 HEALTHQUAL-HAITI: Programme Organisation and Structure (Voir fig 1)**

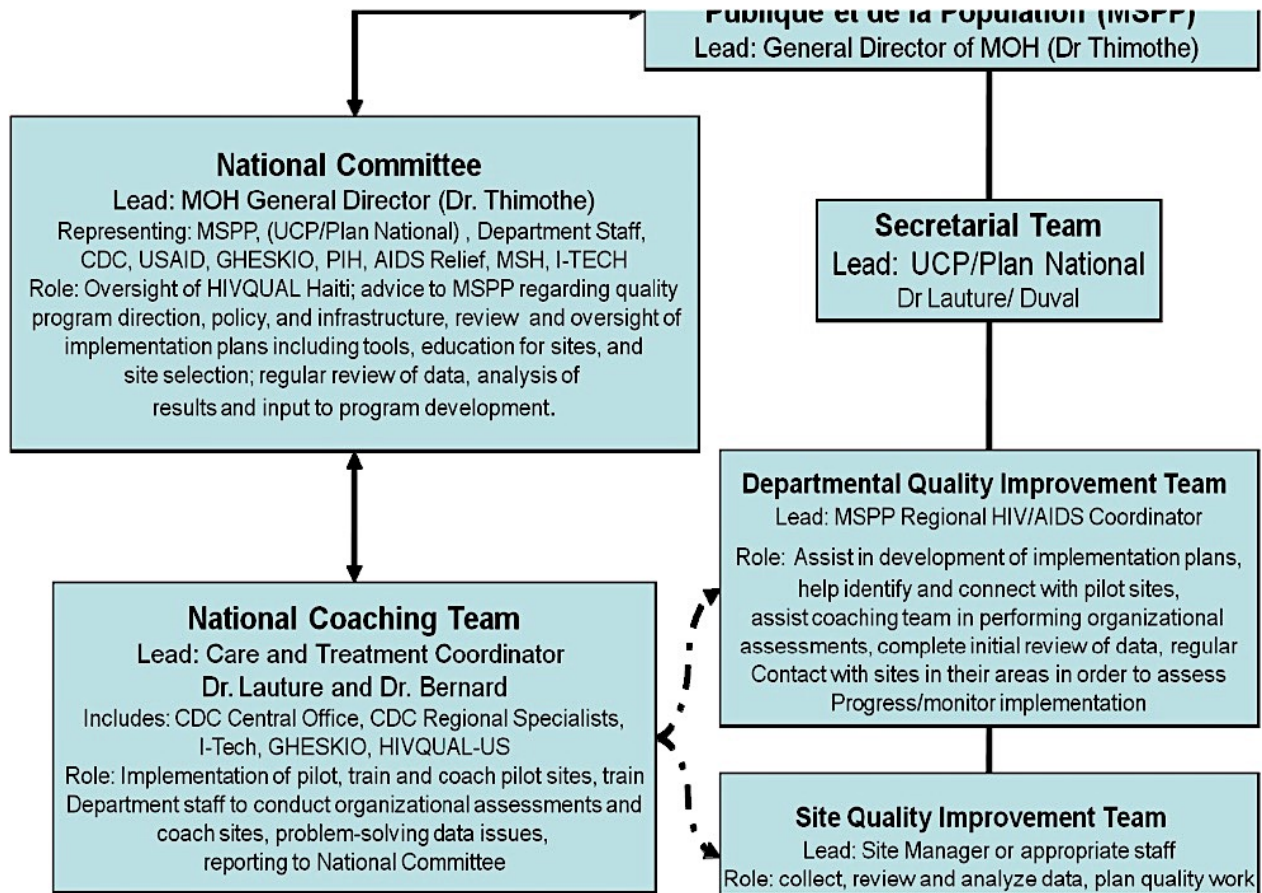
*HEALTHQUAL-Haiti is led by the **Ministry of Public Health and Population (MSPP)**. The MSPP works with the National Committee to provide overall direction to the program. The **National Committee** is comprised of various key stakeholders, with representatives of the MSPP (including those at the Departmental level), partner organizations (such as GHESKIO, PIH, AIDS Relief, MSH and I-TECH) as well as USG agencies such as CDC and USAID. The Committee advises the MSPP on program direction and implementation, and reviews data on a regular basis.*

*The National Committee also oversees the **National Coaching Team**, which is primarily responsible for training sites in HEALTHQUAL and general QI methods. The team also provides ongoing coaching and mentoring to clinic staff as needed. Finally, the team is also responsible for training departmental staff to become regional-level coaches, and to conduct regular organizational assessments at participating facilities. The National Coaching team reports regularly to the National Committee.*

*In addition to the coaching and mentoring provided to departmental and clinic staff by the National Coaching Team, the MSPP also provides direct oversight (via its secretarial team) to Department-level offices. Staff at the department level then provide oversight to clinic QI teams, assessing and monitoring their progress.*

*What makes HEALTHQUAL-Haiti unique is the degree to which the program was immediately integrated into the existing Departmental structure of the MSPP. The core team worked carefully to develop HEALTHQUAL-Haiti and its support structure within the country's HIV care delivery system. Since the initial call to create a National Committee to the appointment of the HEALTHQUAL-Haiti core team, the national relevance of the program has been emphasized thanks to the leadership of the Director General of the MSPP.*

Fig 1. HEALTHQUAL-HAITI: PROGRAM ORGANIZATION AND STRUCTURE



## **Annexe 1.2 Présentation du programme HEALTHQUAL-Haiti**

### **Description de l'intervention**

Le programme HEALTHQUAL-Haiti, à l'origine est un programme de renforcement de capacité qui vise à améliorer la prise en charge des PVVIH dans les établissements de santé. Le programme HEALTHQUAL a été conçu pour une utilisation dans les cliniques ambulatoires aux États-Unis d'Amérique (EUA) en 1992 puis il a été adapté pour une utilisation dans les pays en voie de développement comme Haïti.

Le programme se concentre sur l'amélioration des systèmes et non sur la recherche individuelle des causes des défaillances.

Les trois (3) piliers du programme HEALTHQUAL sont : la mesure de la performance ; l'amélioration de la qualité ; et les infrastructures qui supportent la gestion de la qualité.

En ce qui concerne la performance, HEALTHQUAL fournit des méthodes systématiques pour mesurer la qualité :

- Définir les indicateurs de base en fonction des « guidelines » du MSPP et des acteurs de terrain
- Analyser les dossiers
- Mettre en place des données de base
- Utiliser les données de performance pour identifier les besoins d'amélioration de la qualité et pour déterminer les priorités et les stratégies d'amélioration
- Monitorer les progrès dans le temps

Les activités d'amélioration de la qualité dans le cadre du programme HEALTHQUAL mettent l'accent sur les aspects suivants:

- Mesurer et utiliser des données pour prendre des décisions
- Focaliser sur les besoins des patients/clients et les résultats liés aux patients
- Impliquer les acteurs/Travailler en équipe
- Rechercher l'excellence
- Augmenter la communication et la reddition des comptes
- Renforcer le système par l'analyse des processus et leur amélioration

Ainsi, le programme HEALTHQUAL vise à déterminer des buts d'amélioration de la qualité, à étudier les processus de travail, tester et mettre en œuvre des changements et mesurer les progrès. Un accent particulier est mis sur le travail en équipe, le renforcement de capacité. Par ailleurs, dans le modèle prôné, on voudrait mettre une attention spéciale à l'écoute active du client et aux réponses à leurs besoins.

Plusieurs projets d'amélioration devraient être mis en œuvre en suivant les processus suivants :

- Prioriser les domaines d'amélioration basée sur les données sur la performance
- Développer le plan du projet d'amélioration
- Identifier les processus séquentiels du système choisi
- Choisir les changements à tester
- Implanter les changements
- Mesurer
- Modifier si nécessaire
- Intégrer les changements dans le travail quotidien
- Partager les stratégies et les bonnes pratiques

L'outil de choix prôné par le programme HEALTHQUAL est le modèle d'amélioration. Cependant plusieurs autres outils et méthodes peuvent être utilisés comme l'analyse des problèmes, le diagramme causes-effets et l'analyse des processus.

Les cycles PDSA consiste à identifier un problème puis de proposer des solutions et de tester les solutions et de documenter les améliorations qui s'en suivent. Et le cycle recommence en incorporant des éléments d'amélioration pour le prochain cycle.

Le cycle PDSA, appelé encore modèle d'amélioration, commence par une phase de réflexion au cours de laquelle l'équipe multidisciplinaire de soins réfléchit sur les points suivants :

### **Développer des objectifs pour l'amélioration du travail**

Trois questions fondamentales pour atteindre les objectifs d'amélioration

#### **Q1. Qu'est qu'on veut accomplir ?**

Quel est le but de ce qu'on veut faire ? Qu'est-ce qu'on souhaiterait améliorer ?

#### **Q2. Comment nous allons savoir qu'un changement est une amélioration ?**

Qu'est-ce qui va nous dire que nos changements ont vraiment amélioré les choses, que la situation est mieux qu'avant ? Qu'est-ce qu'on peut mesurer qui va nous montrer que nos changements sont vraiment des améliorations ? Quelles données (opinions, observation, données de processus et des résultats) seront utiles ?

#### **Q3. Quels changements qu'on peut faire qui va aboutir à une amélioration ?**

Penser comment vous allez travailler pour atteindre vos objectifs afin de la planifier votre cycle PDSA. Penser à ce qui a marché pour d'autres personnes ou organisations, quelles idées vous avez ou quelles approches innovantes vous allez mettre en application.

Après la phase de réflexion précédente, on passe à une phase de test qui comprend les 4 étapes du cycle PDSA proprement dit : Plan (P), Do (D), Study (S), Act (A).

### **A. Planification (P)**

Lors de cette étape, on détermine les points suivants :

#### **Objectif global lié à ce cycle PDSA**

#### **Objectif spécifique de ce cycle PDSA**

**Qu'est-ce que vous allez faire ?**

**Qui sera impliqué ?**

**Où ça va se dérouler ?**

**Quand est-ce que ça va se faire ?**

**Quelle(s) est (sont) votre (vos) prédiction (s) ?**

**Qu'est-ce que vous allez mesurer dans ce cycle PDSA ?**

Puis on documente les progressions de la mise en œuvre du changement (**feuille de progression dans le cycle**)

**Instructions pour remplir la feuille de progression dans le cycle :**

**B. Do (Faire)**

**Remplir cette partie en mettant en application votre cycle. Prendre des notes sur ce qui se passe.**

**C. Study (Prouver)**

**Remplir cette partie quand vous avez mis en application votre changement, après avoir collecté des données et réfléchir sur ce qui s'est passé. Inclure les résultats attendus et non attendus.**

**D. Act (Adapter, Potentialiser)**

**Enregistrer ce que vous allez retenir de ce cycle ou ce que vous allez faire différemment la prochaine fois. Quels autres tests ou cycle que vous allez faire.**



## Annexe 2. Guide d'entrevue et de focus groupe : modélisation du PACQ

Cette section explique comment nous allons procéder pour modéliser le PACQ.

### *Guide d'entrevue et de « focus groupe » :*

- Situation problématique visée par le PACQ ? Les besoins ?
- Quelles sont les causes du problème ?
- Comment le PACQ vise-il à améliorer la situation problématique ?
- Comment le Programme en question va-t-il fonctionner dans certaines conditions afin de résoudre le problème identifier ?
- Perception des acteurs sur la façon dont le programme devrait fonctionner
- Relation entre les causes immédiates et les causes lointaines du problème ?
- Les ressources mobilisées pour le PACQ ?
- Activités à réaliser ?
- Adéquation entre les ressources et les activités du PACQ
- Groupes cibles ? Quels sont les bénéficiaires ?
- Objectifs à court, Moyen et à long terme du PACQ ? But ?
- Résultats attendus ?
- Les activités et les résultats répondent-ils à un besoin du groupe cible ?
- Quelles sont les autres conséquences possibles du PACQ
- Liens causaux entre les activités et les résultats à court terme, moyen et long terme
- Quelle en est la plausibilité de la logique qui sous-tend le programme ?
  - La séquence intrants-activités-extrants-résultats est-elle logique ? Est-ce plausible que les activités aboutiront aux résultats escomptés ?
- Influence des facteurs contextuels

Nous présentons ici quelques définitions de certains termes et expressions afin de faciliter une compréhension commune lors des entrevues et discussions de groupe.

- **Besoin** : quel est le problème de santé publique que le programme veut résoudre.
- **Groupes cibles** : quels groupes ou organisations ont besoin de changer ou d'agir dans le but de réaliser des progrès dans la résolution du problème en question
- **Résultats** : changements attendus.
- **Activités** : quelles sont les actions, les événements ou ce que le programme, le personnel ou les partenaires vont faire pour amener les groupes cibles à changer et pour aboutir aux extrants et résultats.
- **Extrants** : quels sont les produits ou les services tangibles qui sont fournis suite aux activités du programme.
- **Ressources/Intrants** : qu'est-ce qui est nécessaire dans l'environnement dans le but de réaliser les activités avec succès. Qu'est-ce qu'on investit dans le programme en termes de ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles.

Nous allons expliciter les points ci-dessus lors de la consultation de documents et des entrevues individuelles et en petit groupe. Nous allons consulter à cette étape un groupe restreint de 6 à 10 personnes pour nous aider dans l'élaboration d'un modèle préliminaire. Elles seront sélectionnées à partir des membres du comité de pilotage national et à partir du comité coaching. Puis par la suite, ce noyau dur va faire une proposition d'un modèle qui sera présenté par la suite à un plus grand groupe (comités départementaux et équipes qualité des sites sélectionnés). Ainsi, la première phase pour la réalisation du modèle logique préliminaire consistera à collecter des informations pertinentes à partir de diverses sources d'informations (promoteurs, gestionnaires, professionnels, bailleurs etc.). Nous allons à cette étape consulter des documents, réaliser des entrevues individuelles et en petit groupe et aussi réaliser des observations. C'est donc une phase itérative de collecte de données sur le programme afin d'étudier les composantes du programme et les liens entre ressources, activités, extrants, résultats.

Dans la deuxième étape, le gros du travail sera réalisé lors des discussions de groupe pour élaborer le modèle logique. Ces réunions auront pour objectifs de :

- Résumer les principaux éléments du modèle logique de façon visuelle sous forme de tableau ou de graphiques ou diagrammes (Ressources, activités, groupes cibles, extrants, résultats)
- Comprendre les différents éléments du PACQ et leurs interrelations
- Expliciter la théorie qui sous-tend les activités du programme
- Expliciter les relations causales entre les intrants, les activités et les résultats

Le but fondamental de ces réunions est de porter les acteurs du programme à s'interroger sur la logique du programme et les interrelations entre les différentes composantes. La capacité d'animation du facilitateur (l'étudiant au doctorat et son assistant) va donc jouer beaucoup pour atteindre les objectifs des focus groupe. Donc l'élaboration du modèle logique se fera en plusieurs étapes à travers diverses rencontres avec différents groupes d'acteurs (promoteurs, gestionnaires, professionnels de la santé etc.)

D'abord, nous allons insister sur la compréhension du problème qui est à la base du programme HEALTHQUAL. Nous allons aussi rechercher les causes du problème. Ces facteurs ou causes vont devenir les résultats que le programme souhaite atteindre.

Ensuite, les informations collectées vont être catégorisées dans un tableau afin de construire le modèle logique : les informations seront par la suite classées en ressources, activités, groupes cibles, extrants, résultats (court, moyen et long terme).

De plus, nous allons dégager la logique et les hypothèses qui se dégagent dans les liens entre ressources, activités, extrants, groupes cibles, résultats et la plausibilité des liens et hypothèses. Par exemple, est-ce que les activités permettent d'aboutir aux extrants ? Est-ce que les extrants permettent d'obtenir les résultats ? Nous allons à cette étape poser des questions du genre : Comment en est-on arrivé à cette activité ou ce résultat ? Pourquoi nous voulons arriver à ce résultat ? Si on réalise telle activité et alors ? Si on a tel extrant et alors ? Ainsi des questions du genre « si...et alors » vont nous permettre d'explicitement les liens entre les ressources, les activités, les extrants et les résultats à court, moyen et long terme.

A la fin du processus, le modèle logique finale sera présenté aux différents acteurs afin de le valider lors d'un atelier de restitution : ceci est d'autant plus important vu le fait que le modèle logique sera élaboré de façon séquentielle, étape par étape avec différents groupes d'acteurs. Il est important que le modèle final soit validé par la majorité des acteurs. C'est donc ce dernier modèle qu'on va utiliser pour réaliser l'analyse d'implantation.

### **Annexe 3. Guide d'entrevue : mesure du degré de mise en œuvre et les déterminants (équipe qualité, professionnels, gestionnaires)**

Présentation / Introduction

Composition de l'équipe

Taches des membres de l'équipe

Rôle et fonction de l'interviewé au sein de l'équipe, année d'expérience dans le PACQ

Avez-vous connaissance que votre établissement de santé s'est engagé dans le PACQ?  
Quelles sont les démarches qualité dont vous avez eu connaissance qui ont été mises en place dans votre établissement de santé ?

Depuis combien de temps êtes-vous engagé dans les PACQ ?

Pouvez-vous nous faire l'historique de l'implantation de la démarche d'amélioration de la qualité en Haïti ? Niveau national, départemental, institutionnel ? Pourquoi ? Comment ?

- Comment ça a commencé ? Votre perception ? Perception des autres ?
- Comment s'est fait la préparation pour le lancement du PACQ ?
- Parle nous de la conception du PACQ ? Comment ? Pourquoi ? Qu'en pensez-vous ? Qu'en pensent les autres ?

Quels sont les grands événements et les dates qui ont marqué la démarche d'amélioration de la qualité dans votre établissement ? Pourquoi ? Comment ?

Quelles ont été les différentes étapes de la mise en œuvre ? Pourquoi ? Comment ? Qu'en pensez-vous ? Qu'en pensent les autres

Parle nous de la planification du PACQ ? Comment ? Pourquoi ? Qu'en pensez-vous ? Qu'en pensent les autres ?

- Le dispositif mis en place pour l'adoption, la diffusion et l'implantation du PACQ
- Comment se fait la coordination et la collaboration entre les différents partenaires
- Comment se fait le suivi de la planification au niveau organisationnel ?

Attitudes / Croyances face au PACQ en général

Les groupes ou personnes influents dans la planification et la mise en œuvre du PACQ ?  
Comment expliquer cela ? Pourquoi ?

Discussion générale :

- Quel a été le dispositif mis en place pour la réalisation de ces démarches d'amélioration de la qualité ?
- Quelle est la procédure qui a été mise en place ?
  - Quelles interventions ont été menées ? quelles en sont les principales particularités/caractéristiques ?
  - Quel a été le principal promoteur du PACQ au niveau de l'implantation du PACQ au niveau de votre établissement de santé ? Au niveau d'autres institutions ?
- Décrivez-nous ce que vous avez réalisé le mois dernier dans le cadre du PACQ ?
- En général, parlez-nous des activités qui sont effectivement mises en œuvre dans le cadre du PACQ ? Comment ?
- Pourquoi c'est ainsi ?
- Comment aurait-on pu faire mieux ?
- Qui participent dans ces activités ?
- Comment vous organisez-vous pour mettre en œuvre les activités ?
  - Dans le cadre de vos activités quotidiennes, comment intégrez-vous les activités du PACQ
  - Parlez-nous des activités de vos collègues ? Quels sont les points forts et les points faibles ? Comment pourrait-on faire mieux ?
- Pourquoi c'est ainsi ?
- Comment aurait-on pu faire mieux ?
- Quels sont les supports que vous recevez pour la mise en œuvre ?
- Expliquez-nous un projet concret d'amélioration de la qualité que vous avez entrepris ? Comment ? La conception ? La planification ? Les composantes ? Les activités ? les principes ? La philosophie ? La mise en œuvre ? Le suivi dans le temps ? Durée ?
- Qu'est-ce qui a aidé le plus à la mise en œuvre ? Comment ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui a aidé le moins à la mise en œuvre ? Comment ? Pourquoi ?
- Quelles étaient les personnes clés qui ont participé dans ce projet ?
- Qu'est-ce qui a facilité la mise en œuvre du projet d'amélioration de la qualité des soins ? Comment ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui a servi d'obstacles à la mise en œuvre ? Comment ? Pourquoi ?
- Comment avez-vous contourné les obstacles à la mise en œuvre ?
- Comment aurait-on pu faire mieux ?
- De quelle manière la procédure menée par votre établissement diffère de celle mise en place dans d'autres établissements ?
- Pouvez-vous nous parler des activités des autres établissements dans le domaine de l'amélioration de la qualité ? Pourquoi c'est ainsi ?
- Comment caractériseriez-vous la procédure d'implantation dans les autres établissements par rapport à votre établissement ? Quelles sont les différences ? Les ressemblances ? Comment ? Pourquoi ?

Conclusion / Suivi

## Remerciements

*A noter que le guide d'entrevues avec les professionnels/gestionnaires et l'équipe peut évoluer en fonction des résultats lors des entrevues*

N.B. : Lors des entrevues pour apprécier le degré de mise en œuvre, des questions sur les pourquoi et les comment peuvent aussi aider à comprendre les facteurs qui influencent la mise en œuvre. Donc, le guide d'entrevue sur le degré de mise en œuvre permet d'étudier aussi les déterminants.

**Annexe 4. Guide d'entrevue sur le degré de mise en œuvre et les déterminants (direction/administration hôpital ou établissement de santé)**

Présentation / Introduction

Composition de l'équipe de direction et d'administration

Taches des membres de l'équipe

Rôle et fonction de l'interviewé au sein de l'équipe de direction ou d'administration, année d'expérience dans le PACQ

Avez-vous connaissance que votre établissement de santé s'est engagé dans le PACQ? Quelles sont les démarches qualité dont vous avez eu connaissance qui ont été mises en place dans votre établissement de santé ?

Depuis combien de temps êtes-vous engagé dans les PACQ ?

Pouvez-vous nous faire l'historique de l'implantation de la démarche d'amélioration de la qualité en Haïti ? Niveau national, départemental, institutionnel ? Pourquoi ? Comment ?

- Comment ça a commencé ? Votre perception ? Perception des autres ?
- Comment s'est faite la préparation pour le lancement du PACQ ?
- Parle nous de la conception du PACQ ? Comment ? Pourquoi ? Qu'en pensez-vous ? Qu'en pensent les autres ?

Quels sont les grands événements et les dates qui ont marqué la démarche d'amélioration de la qualité dans votre établissement ? Pourquoi ? Comment ?

Quelles ont été les différentes étapes de la mise en œuvre ? Pourquoi ? Comment ? Qu'en pensez-vous ? Qu'en pensent les autres

Parle nous de la planification du PACQ ? Comment ? Pourquoi ? Qu'en pensez-vous ? Qu'en pensent les autres ?

- Le dispositif mis en place pour l'adoption, la diffusion et l'implantation du PACQ
- Comment se fait la coordination et la collaboration entre les différents partenaires
- Comment se fait le suivi de la planification au niveau organisationnel ?

Attitudes / Croyances face au PACQ en général

Les groupes ou personnes influents dans la planification et la mise en œuvre du PACQ ?  
Comment expliquer cela ? Pourquoi ?

Discussion générale :

- Quel a été le dispositif mis en place pour la réalisation de ces démarches d'amélioration de la qualité ?
- Quelle est la procédure qui a été mise en place ?
  - Quelles interventions ont été menées ? quelles en sont les principales particularités/caractéristiques ?
  - Quel a été le principal promoteur du PACQ au niveau de l'implantation du PACQ au niveau de votre établissement de santé ? Au niveau d'autres institutions ?
- Décrivez-nous ce que vous avez réalisé le mois dernier dans le cadre du PACQ ? En général, quelles sont les activités qui sont effectivement mises en œuvre dans le cadre du PACQ ? Comment ?
- Pourquoi c'est ainsi ?
- Comment aurait-on pu faire mieux ?
- Qui participent dans ces activités ?
- Comment vous organisez-vous pour mettre en œuvre les activités ?
  - Dans le cadre de vos activités quotidiennes, comment intégrez-vous les activités du PACQ
  - Parlez-nous des activités de vos collègues ? Quels sont les points forts et les points faibles ? Comment pourrait-on faire mieux ?
  
- Expliquez-nous un projet concret d'amélioration de la qualité que vous avez entrepris ? Comment ? La conception ? La planification ? Les composantes ? Les activités ? les principes ? La philosophie ? La mise en œuvre ? Le suivi dans le temps ? Durée ?
- Qu'est-ce qui a aidé le plus à la mise en œuvre ? Comment ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui a aidé le moins à la mise en œuvre ? Comment ? Pourquoi ?
- Quelles étaient les personnes clés qui ont participé dans ce projet
- Qu'est-ce qui a facilité la mise en œuvre du projet d'amélioration de la qualité des soins ? Comment ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui a servi d'obstacles à la mise en œuvre ? Comment ? Pourquoi ?
- Comment avez-vous contourné les obstacles à la mise en œuvre ?
- Comment aurait-on pu faire mieux ?
- De quelle manière la procédure menée par votre établissement diffère de celle mise en place dans d'autres établissements ?
- Pouvez-vous nous parler des activités des autres établissements dans le domaine de l'amélioration de la qualité ? Pourquoi c'est ainsi ?
- Comment caractériseriez-vous la procédure d'implantation dans les autres établissements par rapport à votre établissement ? Quelles sont les différences ? Les ressemblances ? Comment ? Pourquoi ?

Quels sont les supports que vous recevez pour la mise en œuvre ?

Conclusion / Suivi

Remerciements

*A noter que le guide d'entrevue avec les directeurs/administrateurs et l'équipe de direction peut évoluer en fonction des résultats lors des entrevues*

N.B : Lors des entrevues pour apprécier le degré de mise en œuvre, des questions sur les pourquoi et les comment peuvent aussi aider à comprendre les facteurs qui influencent la mise en œuvre. Donc, le guide d'entrevue sur le degré de mise en œuvre permet d'étudier aussi les déterminants.



**Annexe 5. Guide d'entrevue sur le degré de mise en œuvre et les déterminants : partenaires, représentants ONG, représentants MSPP, représentants comité de pilotage national, comité national de mentorat, représentants au niveau départemental**

Présentation / Introduction

Composition de l'équipe

Tâches des membres de l'équipe

Rôle et fonction de l'interviewé au sein de l'équipe, année d'expérience dans le PACQ

Rôle et fonction de l'interviewé au sein de l'organisation ou de l'ONG

Depuis combien de temps êtes-vous engagé dans les PACQ ?

Pouvez-vous nous faire l'historique de l'implantation de la démarche d'amélioration de la qualité en Haïti ? Niveau national, départemental, institutionnel ? Pourquoi ? Comment ?

- Comment ça a commencé ? Votre perception ? Perception des autres ?
- Parle nous de la conception du PACQ ? Comment ? Pourquoi ? Qu'en pensez-vous ? Qu'en pensent les autres ?

Quels sont les grands événements et les dates qui ont marqué la démarche d'amélioration de la qualité dans votre établissement ? Pourquoi ? Comment ?

Quelles ont été les différentes étapes de la mise en œuvre ? Pourquoi ? Comment ? Qu'en pensez-vous ? Qu'en pensent les autres

Attitudes / Croyances face au PACQ en général

Les groupes ou personnes influents dans la planification et la mise en œuvre du PACQ ? Comment expliquer cela ? Pourquoi ?

- Le dispositif mis en place pour l'adoption, la diffusion et l'implantation du PACQ
- Parle nous de la planification du PACQ ? Pourquoi ? Qu'en pensez-vous ? Qu'en pensent les autres ?
  - Comment s'est fait la planification pour l'adoption du PACQ au niveau national ?
  - Comment s'est fait la planification pour l'adoption du PACQ au niveau départemental ?
  - Comment s'est fait la préparation pour le lancement du PACQ au niveau national ?
  - Comment s'est fait la préparation pour le lancement du PACQ au niveau départemental ?
  - Comment s'est réalisée la planification pour la diffusion du PACQ à l'échelle nationale ?
  - Comment s'est réalisée la planification pour la diffusion du PACQ à l'échelle départementale ?
- Quelle est la procédure qui a été mise en place ?
  - Quelles interventions ont été menées ? quelles en sont les principales particularités/caractéristiques ?

- Quel a été le principal promoteur du PACQ au niveau de l'implantation du PACQ au niveau national et départemental ?
- Décrivez-nous ce que vous avez réalisé le mois dernier dans le cadre du PACQ ?
- En général, quelles sont les activités qui sont effectivement mises en œuvre dans le cadre du PACQ ? Comment ?
- Pourquoi c'est ainsi ?
- Comment aurait-on pu faire mieux ?
- Qui participent dans ces activités ?
- Comment vous organisez-vous pour mettre en œuvre les activités ?
  - Dans le cadre de vos activités quotidiennes, comment intégrez-vous les activités du PACQ
  - Parlez-nous des activités de vos collègues ? Quels sont les points forts et les points faibles ? Comment pourrait-on faire mieux ?
- Expliquez-nous un projet concret d'amélioration de la qualité que vous avez entrepris ? Comment ? La conception ? La planification ? Les composantes ? Les activités ? les principes ? La philosophie ? La mise en œuvre ? Le suivi dans le temps ? Durée ?
- Qu'est-ce qui a aidé le plus à la mise en œuvre ? Comment ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui a aidé le moins à la mise en œuvre ? Comment ? Pourquoi ?
- Quelles étaient les personnes clés qui ont participé dans ce projet
- Qu'est-ce qui a facilité la mise en œuvre du projet d'amélioration de la qualité des soins ? Comment ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui a servi d'obstacles à la mise en œuvre ? Comment ? Pourquoi ?
- Comment avez-vous contourné les obstacles à la mise en œuvre ?
- Comment aurait-on pu faire mieux ?
- De quelle manière la procédure menée dans un site pilote diffère de celle mise en place dans d'autres sites ?
- Quelles sont les différences ? Les ressemblances ? Comment ? Pourquoi ?
- Comment se fait la coordination et la collaboration entre les différents partenaires, le MSPP et HIVQUAL International pour le lancement ?
- Comment se fait le suivi du projet HIVQUAL-Haïti
- Comment se fait le suivi au niveau organisationnel ?

Conclusion / Suivi

Remerciements

*A noter que le guide d'entrevue avec les représentants du MSPP au niveau central et départemental, les représentants des partenaires et des ONG, l'équipe de pilotage du projet HIVQUAL et le comité de mentorat peut évoluer en fonction des résultats lors des entrevues.*

N.B : Lors des entrevues pour apprécier le degré de mise en œuvre, des questions sur les pourquoi et les comment peuvent aussi nous aider à comprendre les facteurs qui influencent la mise en œuvre. Donc, le guide d'entrevue sur le degré de mise en œuvre permet d'étudier aussi les déterminants.

## **Annexe 6. Formulaire de consentement éclairé**

### **Titre du projet de recherche**

Analyse de l'implantation d'initiatives d'amélioration continue de la qualité des soins aux PVVIH (personnes vivant avec le VIH) dans les établissements de santé en Haïti.

### **Introduction**

Nous vous invitons à prendre part à cette recherche parce que vous avez une expérience ou une connaissance du programme d'amélioration de la qualité (projet HIVQUAL).

Vous avez le droit de connaître le but et les procédures qui seront utilisées lors de cette étude et d'être informé des bénéfices, des risques, des compensations et des inconforts potentiels.

Avant de consentir à participer à cette étude, il est important de lire les informations suivantes et poser toutes les questions nécessaires afin de comprendre ce qui vous sera demandé. Il est important de comprendre que vous n'êtes pas obligé de prendre part à cette étude.

### **1. But de l'étude**

Dans le contexte d'Haïti, il n'y a aucune étude systématique et rigoureuse qui a tenté d'expliquer les facteurs qui pourraient faciliter la mise en œuvre des PACQ (programme d'amélioration continue de la qualité). L'étude va investiguer les obstacles à l'implantation et les conditions de réussite des PACQ ou des initiatives d'améliorations continue de la qualité en Haïti. Le but de l'étude consiste à investiguer les déterminants de l'implantation des PACQ (programme d'amélioration continue de la qualité) et les conditions de succès dans le contexte d'Haïti. Plus précisément, les questions porteront sur :

1. La Modélisation du PACQ (programme d'amélioration continue de la qualité) : les intrants, les activités, les extrants, les résultats.
2. L'Appréciation du degré de mise en œuvre du PACQ
3. La compréhension des facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre du PACQ

### **2. Procédures**

Vous serez invité à participer à plusieurs entrevues semi dirigées, d'environ 60 à 120 minutes et/ou à des entrevues de groupe ou « focus groupe ». Ces entrevues seront enregistrées et retranscrites par la suite afin de favoriser une analyse optimale. Des observations seront aussi réalisées sur le site et le chercheur ou ses assistants pourront participer dans des réunions d'équipes ou des activités ponctuelles dans le cadre du PACQ.

L'entrevue sera menée à l'établissement de santé ou dans un endroit qui vous convient. La personne qui mènera l'entrevue sera le Dr Adrien Joseph E. Demes, étudiant au doctorat en santé

publique et/ou un ou deux (2) de ses assistant (e) s de recherche. Les bandes audio et documents seront conservés sous-clé et seront détruites au moins sept ans après la fin de l'étude.

### **3. Risques, inconforts et effets secondaires**

Le principal inconvénient est le temps consacré à l'entrevue et l'obligation de s'ouvrir à l'étudiant chercheur ou à ses assistant (e) s.

### **4. Bénéfices**

Nous ne pouvons vous promettre que vous retirerez des bienfaits en participant à cette étude. Cependant, cette recherche vise à mieux comprendre les éléments du contexte qui influencent le succès ou l'échec des initiatives d'amélioration continue de la qualité en Haïti.

Cette recherche intéresse plusieurs instances et acteurs comme : le MSPP (Le ministère de la Santé publique et de la population) ; les décideurs ; les ONG (organisations non gouvernementales) ; les professionnels de la santé (équipes multidisciplinaires : psychologues, les travailleurs sociaux, médecins, infirmières, pharmaciens, responsables du système d'information sanitaire, etc.); les institutions de santé ; les gestionnaires ; les bailleurs ; les PVVIH (personnes vivant avec le VIH) ; les associations de PVVIH.

Ces acteurs sont concernés soit dans la planification et la réalisation de la recherche ou la diffusion des résultats.

Les initiatives sur l'amélioration de la qualité sont nouvelles en Haïti. Cette recherche permettra de générer des connaissances qui pourront permettre de mieux comprendre les stratégies d'amélioration de la qualité dans le contexte haïtien et de mieux élucider les conditions dans lesquelles de telles stratégies peuvent réussir. Cette recherche pourra aussi permettre de mieux comprendre les conditions nécessaires pour mettre en application des stratégies basées sur les données probantes et aider les planificateurs et les gestionnaires du système de santé et du ministère de la santé publique et les institutions de santé dans leur prise de décision.

### **5. Participation volontaire/retrait de l'étude**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous pouvez décider de participer maintenant et décider plus tard de vous retirer de l'étude sans affecter vos bénéfices ou avantages au sein de l'établissement de santé ou votre position ou carrière. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous devez aviser l'étudiant chercheur responsable de l'étude. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne-ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal. Au cas où un participant décide de se retirer de l'étude, on va retirer les informations obtenues et les données collectées auprès de cette personne dans nos dossiers.

## **6. Confidentialité**

Toute information obtenue à votre sujet dans le cadre de cette étude sera gardée confidentielle, selon les prescriptions de la loi. Cette information sera codifiée en supprimant tous les noms dès le début du processus puis gardée sous-clé. Seul l'étudiant chercheur, ses assistant (e) s et le co-directeur de thèse, le professeur Lambert Farand et la directrice de thèse, Dr Marie-Pascale Pomey auront accès aux enregistrements, aux « verbatim » et documents de la recherche.

Votre dossier de recherche sera conservé sous la responsabilité de l'étudiant chercheur dans son lieu de travail, puis par la suite il sera détruit. L'accès à des données nominatives (qui peuvent être identifiées par votre nom) sera contrôlé par l'étudiant chercheur. Aucune information permettant de vous identifier ne quittera cette institution.

Toutefois, le Comité d'éthique de la recherche en Haïti, un comité d'éthique au niveau de l'établissement de santé choisi et le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal peuvent accéder à votre dossier de recherche pour effectuer une surveillance des données.

Les résultats de cette étude peuvent être publiés ou présentés dans le cadre de rencontres scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Si vous décidez de vous retirer, ou si vous êtes retiré de cette étude, toute information obtenue jusqu'à ce moment sera enlevée de l'étude et de votre dossier.

## **7. Coût et indemnisation**

Vous ne serez pas payé pour votre participation à cette étude ni aucun frais ne vous sera chargé pour y participer.

## **8. Information et questions**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou soucis concernant ce projet de recherche vous pouvez communiquer avec l'étudiant chercheur (M. Joseph Adrien Emmanuel Demes, Médecin) par courriel : .....ou l'appeler au numéro suivant : .....Le local de la faculté de médecine est détruit par le tremblement de terre. En attendant sa reconstruction, vous pouvez contacter l'étudiant chercheur au doctorat au local de la maîtrise de l'université d'État d'Haïti, sis au numéro 3, Rue Pacot, Port-Au-Prince, Haïti.

Si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter (M. Joseph Adrien Emmanuel Demes, Médecin) par courriel : .....ou l'appeler au numéro suivant : ..... Le local de la faculté de médecine est détruit par le tremblement de terre. En attendant sa reconstruction, vous pouvez contacter l'étudiant chercheur au doctorat au local de la maîtrise de l'université d'État d'Haïti, sis au numéro 3, Rue Pacot, Port-Au-Prince, Haïti.

Nous vous donnerons une copie signée de ce formulaire de consentement et une copie sera placée dans le dossier de recherche de l'équipe de recherche.

Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant de recherche ou sur les aspects éthiques, vous pouvez aussi contacter le représentant du comité national d'éthique en Haïti, le Dr Gerald Lerebours, à l'adresse suivante, ..... Pétion-Ville, Haïti. L'adresse e-mail du Dr Gerald Lerebours est le suivant : .....

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordonnateur comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal par courriel : .....ou par téléphone .....

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone ..... ou par courriel ..... L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

### **Consentement**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'affecte votre travail ou votre position dans votre organisation. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne dégagez les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'a remis un exemplaire signé. J'ai eu l'occasion de poser mes questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Ma participation est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps sans donner de raison et sans préjudice d'aucune sorte.

J'accepte de participer à cette étude.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Nom du participant (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

**Le présent formulaire de consentement a été expliqué en personne par :**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant chercheur ou de son (sa) assistant (e)

\_\_\_\_\_  
Nom de l'investigateur (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

## **Annexe 7. Échéancier**

<b>Activités</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017-2018</b>	<b>2019-20</b>
Autorisation Soumission au comité d'éthique	X						
Formation pour l'équipe de recherche			X	X			
Collecte des données	X	X	X	X	X	X	X
Analyse des données	X	X	X	X	X	X	X
Production du rapport préliminaire sur l'évolution de la recherche	X	X	X	X	X	X	X
Validation des résultats						X	X
Rapport final/Rédaction thèse						X	X
Diffusion					X	X	X