

Diriger et gérer

Quelle est la pratique à haut impact (PHI) permettant de créer un environnement propice à la planification familiale ?

Développer et soutenir les capacités de leadership et de gestion des programmes de planification familiale.

Contexte

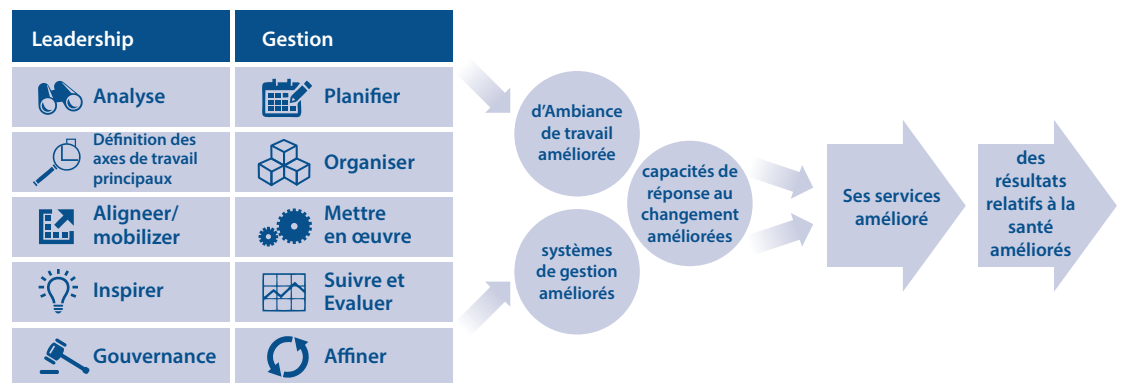
Les fonctions de leadership et de gestion sont deux éléments essentiels au développement de programmes de planification efficaces, qui permettent de s'assurer que les ressources sont utilisées efficacement afin d'obtenir des résultats. (Richey & Salem, 2008 ; OMS, 2007b ; Dieleman & Harnmeijer, 2006 ; Beaglehole & Dal Poz, 2003).



© 2013 SCACCM/ISI, avec l'aimable autorisation de Photoshare

Les approches de leadership et de gestion sont multidimensionnelles. De ce fait, identifier les liens directs ou causaux entre ces approches et l'amélioration des résultats en termes de santé reproductive peut s'avérer difficile. Les modèles illustratifs démontrent cependant la relation entre la solidité des fonctions de leadership et de gestion et l'amélioration des résultats concernant la santé reproductive (OMS, 2007a), tout en tenant compte des qualités et des compétences courantes (Peterson et al., 2011 ; WHO, 2007b ; Galer et al., 2005) (voir la figure suivante).

Figure. Pratiques de leadership et gestion visant à l'obtention de résultats



Source : Adaptation de « Management Sciences for Health's Leading & Managing for Results Model ».

Les pratiques de leadership comprennent :

- **L'analyse des opportunités** : recherche et identification des options et des alternatives.
- Définir la direction pour concentrer les efforts: envisager le but, l'aspiration et les objectifs
- **Alignement** des partenaires et **mobilisation** des communautés : engagement des membres des communautés dans les activités des programmes

- **Inspirer** le personnel pour améliorer le climat de travail: investir dans diverses opportunités et approches pour améliorer la qualité de la production des employés
- **Gouvernance** responsable : application de contrôles bénéfiques pour tous

Les pratiques de gestion englobent :

- **Planification** : anticipation des travaux à exécuter
- **Organisation** des structures : acquisition, gestion et fidélisation des ressources humaines, développement de circuits relationnels volontaires entre les personnes et les autres ressources
- **Mise en œuvre** des activités par le biais de systèmes coordonnés : conception et utilisation des systèmes d'identification, de saisie, de structuration, d'évaluation et de valorisation pour le partage des informations/connaissances/actifs intellectuels
- **Suivi et évaluation** : Mettre en place des processus de suivi des activités par rapport aux objectifs des plans et évaluer les performances de ces activités
- **Amélioration** du programme : utilisation des résultats en vue de l'amélioration des activités du programme

Les leaders et les gestionnaires doivent œuvrer ensemble à la mise en œuvre d'un changement positif. Des leaders de qualité, possédant une excellente vision, peuvent être de piètres gestionnaires en raison de leur incapacité à motiver et à fidéliser le personnel nécessaire à la réalisation des objectifs. De même, un bon gestionnaire, rompu aux techniques de gestion du personnel et compétent dans des domaines tels que la logistique et les questions financières, peut être dépourvu de la vision et de l'autorité nécessaires à la réussite d'un projet. C'est pourquoi, bien que chacune d'entre elles relève d'un ensemble de caractéristiques spécifique, les fonctions de leadership et de gestion atteignent leur efficacité optimale lorsqu'ils sont pratiqués ensemble (Kotter, 2001).

« Les leaders définissent la vision stratégique et mobilisent les énergies en vue de la réalisation des objectifs. Les bons gestionnaires sont quant à eux les garants d'une utilisation des ressources et d'une organisation efficaces, permettant d'obtenir les résultats souhaités et d'atteindre les objectifs définis. »

– OMS, 2007a

Le renforcement et le soutien des fonctions de leadership et de gestion dans le cadre des programmes de planification familiale sont une des « pratiques à haut impact dans les programmes de la planification familiale » identifiées par un groupe consultatif technique composé d'experts internationaux. La mise à l'échelle et l'institutionnalisation des PHI permettent d'optimiser les investissements dans le cadre d'une stratégie de planification familiale exhaustive (PHI, 2014). Pour de plus amples informations sur les PHI, voir <https://www.fphighimpactpractices.org/overview/>

Fonctions de direction et de gestion à tous les niveaux du système de santé

La décentralisation est un aspect critique de la réforme du système de santé de nombreux pays en voie de développement. Elle impacte la structuration des services, ainsi que la mise à disposition des ressources et le recrutement des effectifs au sein de ceux-ci (Kolehmainen-Aitken, 2004). Dans la mesure où les échelons les plus bas des systèmes de santé sont de plus en plus souvent amenés à gérer des services, les besoins des fonctions de leadership et de gestion sont devenus un enjeu crucial, et ce, à tous les niveaux du système. Une analyse de l'expérience de décentralisation indonésienne est parvenue à la conclusion suivante : « La décentralisation a eu pour effet une diminution de l'intensité des activités de planification familiale dans de nombreux districts/municipalités, ce qui a eu pour conséquence une aggravation des tendances défavorables (...) La décentralisation affecte les instruments politiques et les stratégies opérationnelles dont disposent les organismes des gouvernements centraux pour revitaliser les programmes de planification familiale lorsque ces services/organismes ne disposent plus de la chaîne de commandement, du personnel ou des budgets nécessaires à la direction des opérations sur le terrain » (Hull & Mosley, 2009). Il peut s'avérer nécessaire d'adopter des approches différentes pour les divers niveaux d'un système de santé (voir le tableau 1).

Tableau 1. Exemples illustratifs des pratiques de leadership et de gestion adoptées dans l'ensemble d'un système de santé

| Niveau du système de santé | Pratiques de direction | Pratiques de gestion | Exemple de pays |
|--|---|--|---|
| Régions mondiales | Identification des économies d'échelle. | Standardisation des programmes d'éducation des professionnels de la santé et élaboration de protocoles de recherche régionaux. | L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), la branche consacrée à la santé de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, a mis en œuvre un système coordonné permettant de prendre des décisions informées en termes d'achats de produits contraceptifs, afin de garantir une standardisation des commandes et des tarifs dans cette région. L'OOAS a également soutenu la standardisation des programmes des facultés de médecine et des écoles d'infirmières afin de garantir un niveau de qualité standard de prestation de service en cas de migration des professionnels de la santé d'un pays à l'autre (Clemmons & Thatte, 2011). |
| Niveau national | Définition des priorités et des objectifs nationaux en matière de planification familiale. | Définition des normes minimales de qualité, description générale des rôles et responsabilités, aide à la coordination, orientation de la mobilisation des ressources et élaboration de l'échéancier de déploiement des programmes (PHI, 2013). | La Politique de santé adoptée en 2011 par le Bangladesh se fonde sur l'obligation constitutionnelle de garantir le droit à la santé incombant à l'État. La politique définit les objectifs de renforcement et d'accélération du programme de planification familiale, afin de parvenir au taux de fécondité de remplacement et de rendre le programme plus acceptable et efficace, mais aussi facilement accessible pour les communautés les plus pauvres/à faible revenu (PHI, 2013 ; Khuda, 2010). |
| District | Prise de décisions relatives aux services de santé pour lesquelles les collectivités locales disposent d'une autonomie budgétaire et politique. | Développement de systèmes permettant l'amélioration du reporting et de la gestion des produits, afin de s'assurer de projections précises et d'éviter les ruptures de stock au niveau des districts et des sous-districts. | En 2006, le gouvernement du Rwanda a décentralisé les prestations de services de santé, notamment la planification familiale. La maintenance de ressources humaines et de stocks de produits adéquats au niveau des districts a été un élément essentiel de la stabilisation qualitative des prestations de service. La décentralisation a permis aux communautés de s'impliquer davantage, ce qui a contribué à augmenter le soutien apporté à la planification familiale, notamment parmi les jeunes et les hommes (Muhoza, 2013). |
| Communauté/prestation de services | Soutien des politiques de partage des tâches. | Gestion et supervision adéquate des agents de santé communautaire (ASC). | Entre 2012 et 2013, les ASC du Sénégal ont commencé à proposer des moyens de contraception injectables (AMPR). La qualité de la formation et de la supervision, sous la direction du ministère de la Santé, a permis une mise en œuvre sûre et efficace (FHI 360, 2013). |

Quels sont les défis que les pays peuvent surmonter grâce à des fonctions solides de leadership et de gestion?

Amélioration de l'ambiance de travail. Dans le cadre des programmes de planification familiale, les obstacles empêchant les prestataires d'obtenir des résultats positifs en termes de services de santé incluent le manque de compétences et de connaissances sur les méthodes de contraception, la faible propension à proposer des services de planification familiale des professionnels de santé, la longueur des temps d'attente pour les clients et le traitement irrespectueux de la clientèle (Tumlinson et al., 2013). Nombre de ces problèmes peuvent être traités par le biais de pratiques de leadership et de gestion adéquates, permettant de motiver le personnel et d'améliorer la qualité des services, par exemple, via la reconnaissance des besoins de formation complémentaire du personnel, une supervision coopérative des prestataires, la fourniture d'outils de travail et l'amélioration des systèmes de gestion logistique (GHSP, 2013 ; Tumlinson et al., 2013 ; Smith et al., 2012). D'autres analyses ont démontré l'importance des pratiques de gestion. La qualité des prestations de service de planification familiale dépend par exemple souvent de la précision des descriptions de postes du personnel médical (Thatte & Choi, 2015 ; Bennett et al., 2000).

Une étude systématique portant sur la motivation des professionnels de la santé a montré que ceux-ci citent souvent la mauvaise qualité des pratiques de leadership et de gestion de leurs supérieurs hiérarchiques et superviseurs comme cause de leur manque de motivation (Willis-Shattuck et al., 2008). Dans 80 % des études examinées, les méthodes de gestion des établissements hospitaliers et des cliniques ont été mentionnées comme étant un aspect influant fortement sur la motivation des professionnels de la santé. Les autres thématiques directement associées aux problèmes de gestion sont

les incitations financières (90 %), le développement professionnel (85 %), la reconnaissance et l'appréciation du travail (70 %) et la disponibilité des ressources (75 %). Le fait d'avoir une forte mission organisationnelle est un autre facteur de motivation pour les agents de santé, qui peut être atteint avec un leadership et une vision forts (Grindle, 1997).

Amélioration des systèmes de gestion et d'organisation. La nécessité d'une augmentation à la fois qualitative et quantitative des effectifs de prestataires de services cliniques est de plus en plus reconnue (OMS, 2006). Un rapport récent a toutefois mis en évidence qu'il était également nécessaire d'enseigner à ces professionnels des compétences de leadership et de gestion leur permettant de « gérer efficacement les pénuries de ressources dans des situations incertaines » (Fenk et al., 2010). Une analyse portant sur les professionnels de la santé et de la planification familiale de 10 pays africains a conclu que les fonctions de leadership et de gestion telles que les méthodes de formation, de répartition et de soutien des professionnels de la santé peuvent être aussi importantes que la disponibilité en termes d'effectifs (Pacque-Margolis et al., 2013).

Les cadres spécialisés en gestion sont rares dans le secteur de la santé. Les médecins et les infirmières sont souvent affectés à des postes de leadership ou de gestion alors qu'ils ne possèdent pas les compétences nécessaires. Ces personnes se voient souvent confier la mission de gestion de ressources pour la mise en oeuvre des programmes (Gillespie, 2004). Bien qu'elles soient dûment formées aux tâches médicales, elles n'ont souvent pas les compétences requises en termes de recrutement, de répartition et d'affectation des ressources (Kabene et al., 2006 ; Mathauer & Imhoff, 2006 ; Rowe et al., 2005), ce qui a pour conséquence une gestion médiocre des établissements de santé. En outre, les pénuries de médicaments et de fournitures et la médiocrité des systèmes logistiques et du soutien du personnel de supervision sont des facteurs contribuant aux chutes de performances, à la dégradation du moral de l'effectif et à un fort taux de roulement du personnel (Willis-Shattuck et al., 2008 ; Dieleman & Harnmeijer, 2006 ; Egger et al., 2005 ; Chen et al., 2004 ; Kolehmainen-Aitken, 2004 ; Dussault & Dubois, 2003). Au Kenya, plus de 70 % des membres du personnel médical assumant des responsabilités de gestion ont déclaré « n'être pas préparés » ou « très mal préparés » à ces aspects de leur travail (MSH, 2008).

Amélioration des capacités de réponse au changement et de mise à l'échelle de pratiques efficaces. L'expérience accumulée dans les pays concernés par les programmes a montré que des compétences de leadership et de gestion sont nécessaires pour passer d'études-pilotes à petite échelle à une mise en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble du pays. En Éthiopie, les informateurs clés ont cité « le leadership du gouvernement » et l'amélioration des systèmes de santé (notamment en termes de logistique et de supervision) comme étant des facteurs essentiels à la réussite de la mise à l'échelle de la planification familiale (USAID, 2011). Au Ghana, les travaux de mise à l'échelle du programme « Community-based Health Planning and Services » (CHPS) ont permis d'établir que la faible qualité des fonctions de direction et de supervision de nombreux districts a engendré un « manque de précision et de clarté » quant à l'application du programme (Awoonor-Williams et al., 2013). La formation aux techniques de direction et de gestion, axée sur la priorisation, la planification et l'identification d'une vision commune parmi les personnes chargées de la mise en oeuvre du programme et les membres de la communauté, a contribué à la réussite de la mise à l'échelle du programme dans des régions clés (Awoonor-Williams et al., 2013). Une analyse des mises à l'échelle de programmes de santé couronnées de succès a montré que la solidité des fonctions de direction et de gestion est un facteur de réussite fondamental (Levine, 2007). Les leaders politiques peuvent contribuer à l'obtention des ressources et à l'engagement, mais les fonctions de leadership et de gestion des prestataires des systèmes de santé associés aux travaux de mise en oeuvre revêtent une importance semblable et doivent, in fine, être le moteur de la réussite des mises à l'échelle des interventions réalisées dans le domaine de la santé (Levine, 2007).

Quel est l'impact ?

Démontrer que les fonctions de leadership et de gestion ont un impact causal direct sur les résultats sanitaires et la production de services de santé est un défi permanent (Peterson et al., 2011). Les modèles tels que ceux de la Figure 1 permettent de mesurer les effets des pratiques de leadership et de gestion à l'aide d'indicateurs approximatifs : par exemple, modification des ambiances de travail, amélioration de la gestion organisationnelle ou de la capacité à répondre à l'évolution de l'environnement.

Une analyse systématique des stratégies de leadership, de gestion et de gouvernance a conclu que les approches reposant sur des interventions multiples donnaient des résultats plus complets que les stratégies fondées sur une intervention unique (Edward et al., 2013). Voir le Tableau 2 pour des exemples illustratifs de résultats découlant d'une amélioration des interventions en termes de leadership et de gestion.

Tableau 2. Résultats illustratifs concernant les pratiques de direction et de gestion d'une sélection d'interventions

| Pays (référence) | Échelle de mise en œuvre | Approche | Resultados |
|--|-------------------------------------|---|---|
| Afghanistan (Tawfik et al., 2014) | 5 hôpitaux | Méthode moderne collaborative d'amélioration de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel aux fonctions de leadership et de gestion. • Réalisation d'analyses collectives des causes fondamentales. • Identification par les équipes des indicateurs et des interventions clés permettant un suivi de la progression et l'obtention des résultats souhaités. | Mobilisation par les participants de ressources permettant d'améliorer les infrastructures et les capacités de conseil, par exemple, des activités de suivi post-partum avec les maris et les belles-mères. Avant l'intervention, seul un nombre infime de femmes s'était vu proposer une méthode contraceptive après l'accouchement. Moins d'un an plus tard, 30 % des femmes ayant accouché quittaient l'établissement après avoir choisi la méthode leur convenant (calcul établi sur la base des données publiées). |
| Bolivie (2007 – 2011) (Peterson et al., 2011) | Développement organisationnel (ONG) | Programme de formation en équipe et système de suivi : <ul style="list-style-type: none"> • 65 cadres leaders ont été formés aux techniques suivantes : gestion du changement, négociation, réflexion stratégique, motivation et gestion des ressources humaines. | Améliorations relatives à l'efficacité organisationnelle, à l'ambiance de travail et aux prestations de service. |
| Égypte (1995 – 1997) (Hong et al., 2011 ; Peterson et al., 2011) | Échelle nationale (secteur public) | Développement du label d'amélioration qualitative Gold Star : <ul style="list-style-type: none"> • Les communautés, les prestataires et les autres parties prenantes ont élaboré 101 exigences de service minimales en vue d'une normalisation de la qualité. • La formation des prestataires a été assurée et les équipes de supervision des districts ont visité les établissements afin d'assurer un suivi régulier de la qualité. • Le label Gold Star a fait l'objet d'une promotion intensive et les résultats des contrôles qualité ont été largement diffusés. | Le taux de prévalence de la contraception est passé de 47,9 % à 54,5 % entre 1995 et 1997. Une évaluation effectuée quatre ans après l'intervention a montré que la qualité des services des établissements Gold Star demeurait supérieure à celle des autres établissements. |

Comment y parvenir : Conseils découlant des expériences de mise en œuvre

Un ensemble d'approches d'amélioration des pratiques de leadership et de gestion a été mis en œuvre dans l'ensemble des régions. Certaines de ces approches sont intégrées à des interventions axées sur l'amélioration de la qualité ou l'assurance qualité. D'autres sont quant à elles des programmes autonomes exclusivement axés sur l'amélioration des compétences de leadership et de gestion. Bien que les méthodes de développement des capacités de leadership et de gestion sont nombreuses, voici quelques-unes des problématiques essentielles qu'il convient de prendre en compte :

Soutien des leaders et gestionnaires : La formation de dirigeants et de gestionnaires compétents nécessite un soutien dans de nombreux domaines, notamment les ressources financières, les produits de base, le mentorat, la clarification des processus, l'information, la technologie, les équipements, les installations et les connaissances. Le soutien

concerne également des notions intangibles telles que les idées, les encouragements, le feedback et le temps nécessaire à l'implication dans diverses communautés de pratique. Le mentorat et le coaching sont particulièrement importants pour la formation des nouveaux dirigeants (Nzinga et al., 2013). Ce soutien doit être complété par des politiques, des lois et des cultures relationnelles/professionnelles propres à chaque pays. Pour des informations complémentaires sur d'autres questions relatives aux environnements de travail favorables et aux infrastructures, voir les mémoires d'orientation consacrée à la [politique](#), aux [communications sur la santé](#) et au [financement des produits de base et des services](#).

« Les mentors apportent leur expérience des réseaux professionnels, sont à l'écoute des frustrations de leurs mentorés et proposent des conseils professionnels et personnels. Leur rôle principal est toutefois d'être celui qui rassure le mentoré sur son intelligence et ses capacités. »

– adapté de Gerald Chertavian

Professionnalisation des rôles de leadership et de gestion. Les normes relatives aux compétences de direction et de leadership sont malheureusement rares et il n'existe aucune obligation de reporting ou de certification pour les personnes chargées du leadership et de la gestion des programmes de planification familiale (MSH, 2013). Mais les choses sont en train de changer. Le Ministère de la Santé du Kenya a récemment fait un pas important vers la professionnalisation des fonctions de leadership et de gestion par le biais de la création du Kenya Institute for Health Systems Management, dont l'objectif est de former des groupes de professionnels de la santé aux techniques de gestion et de renforcement des systèmes de santé (MSH, 2013).

Formation d'équipes soudées par le biais de la formation appliquée La formation appliquée est une des méthodes d'acquisition de compétences pratiques de leadership et de gestion les plus efficaces. Les taux de conservation du personnel découlant de cette pratique peuvent aller jusqu'à 75 %, à comparer avec les taux variant entre 5 et 10 % pour les formations s'appuyant uniquement sur des lectures et des cours magistraux (NTL, 2011). En outre, l'utilisation d'approches se fondant sur la formation appliquée avec des équipes travaillant ensemble dans des environnements professionnels réels donne de meilleurs résultats que la méthode consistant à envoyer les personnes concernées participer à des formations aux pratiques de direction et de gestion hors site, dont le programme peut ne pas être directement applicable à leur travail. L'expérience des travaux menés au Ghana a montré que les ateliers individuels étaient inefficaces en termes de formation aux fonctions de direction (Awoonor-Williams et al., 2013). La plupart des approches d'amélioration de la qualité des services sont axées sur le travail en équipe (APHA, 2011). La formation à la gestion des responsables de la santé dispensée au niveau des districts en Amérique latine a atteint son efficacité optimale lorsque les structures organisationnelles et les équipes ont participé ensemble aux formations relatives aux fonctions de direction et de gestion (Dorros, 2006).

Intégration des compétences de leadership et de gestion à la formation de base. Afin de développer et de pérenniser les capacités de leadership et de gestion, ces compétences doivent être incorporées à la formation de base des prestataires de services de santé. En Ouganda, la formation aux fonctions de leadership et de gestion a été incorporée aux cursus des facultés de médecine et des écoles d'infirmières, en collaboration avec l'Université Makerere. Outre leur formation médicale, les étudiants reçoivent également une formation dans les domaines suivants : gestion des ressources humaines, finance, logistique et techniques de direction. Au Kenya, la formation aux fonctions de leadership et de gestion a été incorporée à la formation initiale des médecins et des infirmières à l'Université de Nairobi et à l'École de formation médicale du Kenya. Des projets d'intégration de ces types de formations à d'autres cursus universitaires sont en cours de réalisation (MSH, 2013).

Contact avec une communauté de pratiques. Il s'agit ici de connecter les leaders et les gestionnaires à une communauté plus importante, qui partage les mêmes visions et les mêmes objectifs en termes de planification familiale (Wheatley, 2002). La création d'une communauté de pratiques ou la connexion avec une communauté existante permet aux leaders et aux gestionnaires de développer un répertoire de ressources commun : expériences, histoires vécues et méthodes de traitement des problèmes récurrents (Wenger-Trayner & Wenger-Trayner, 2015). Les communautés de pratiques peuvent être établies au niveau du pays, des régions, des districts, des sous-districts et des établissements, par le biais de dispositifs tels que des groupes de travail techniques ou des groupes de leadership des parties prenantes (Gormley & McCaffery, 2011), ou via l'utilisation de technologies permettant la mise en œuvre d'espaces de communication (serveurs de listes de diffusion et sites Web). Ces groupes peuvent également faire office de groupes de sensibilisation afin de renforcer les fonctions de leadership et de dynamiser l'engagement en termes d'investissements relatifs à la planification familiale, une autre PHI importante pour les programmes de planification familiale.

Outils et ressources

Les ressources suivantes proposent une gamme illustrative de supports, notamment des manuels de formation, des techniques d'amélioration de la qualité et des outils permettant d'assurer le suivi des processus de leadership et de gestion, qui aident à la généralisation des pratiques de leadership et de gestion dans l'ensemble du système de santé.

- **Des gestionnaires capables de diriger :** Manuel des pratiques d'amélioration des services de santé. Cet ouvrage propose aux gestionnaires des approches et des directives pratiques, qui permettent aux équipes de direction d'identifier les défis et d'y trouver des solutions. Les membres du personnel de tous les niveaux du système de santé peuvent s'appuyer sur ces concepts pour améliorer leurs capacités de direction et de gestion. Voir : <http://projects.msh.org/Documents/upload/MWL-2008-edition.pdf>
- **Approche d'évaluation de la gestion des ressources humaines.** Cette approche permet aux décideurs, aux gestionnaires et aux professionnels des ressources humaines de comprendre les défis présentés par la gestion des ressources humaines et d'y répondre. Voir : <http://www.capacityplus.org/files/resources/hrm-assessment-approach.pdf>
- **Programme de développement des capacités de leadership.** Il s'agit d'une approche collective des fonctions de direction, axée sur les pratiques basiques de direction et de gestion, la création d'un environnement de travail favorable et la formation d'équipes durables engagées dans un processus d'amélioration constante des services. Pour obtenir des informations complémentaires, voir : <https://www.msh.org/our-work/health-systems/leadership-management-governance/leadership>
- **Système d'évaluation standard des projets d'amélioration des services de santé.** Il s'agit d'un outil permettant de consolider la documentation, les analyses et les synthèses des formations prodiguées par les équipes d'amélioration de la qualité. Voir : <https://www.usaidassist.org/resources/learning-and-improvement-system-strengthening-documentation-analysis-and-synthesis>.

Pour plus d'informations sur les PHI, veuillez contacter l'équipe PHI à l'adresse fhip@k4health.org

Références

La liste complète des références utilisées dans le cadre de la préparation du présent mémoire d'information est disponible à l'adresse suivante : <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/leaders-and-managers>

Citation suggérée :

Pratiques à haut impact (PHI) en termes de planification familiale. Dirigeants et gestionnaires : Application des programmes de planification familiale Washington (DC) : USAID ; septembre 2015. Voir <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/leaders-and-managers>.

Remerciements : La version initiale du présent document a été rédigée par Juan Carlos Alegre, Joseph Dwyer, Reshma Trasi, Nandita Thatte, et Temi Ifafore. Nous remercions les personnes suivantes pour leurs analyses critiques et leurs précieux commentaires : Safia Ahsan, Michal Avni, Monica Bautista, Venkatraman Chandra-Mouli, Elaine Charurat, Oscar Cordon, Joan Craft, Asa Cuzin, Peggy D'Adamo, Selemawit Desta, Ellen Eiseman, Alfredo Fort, Mary Lyn Gaffield, Jill Gay, Jay Gribble, Karen Hardee, Roy Jacobstein, Baker Maggwa, Ados May, Andres McAlister, Erin Mielke, Ayman Mohsen, Nuriye Ortayli, Gael O'Sullivan, Jennifer Pope, Shannon Pryor, Suzanne Reier, Diana Santillan, Lois Schaefer, Amani Selim, Mahesh Shukla, Shelley Snyder, John Townsend et Mary Vandenbroucke.

Le présent mémoire d'information consacré aux PHI est approuvé par les organismes suivants : Abt Associates, Bill & Melinda Gates Foundation, CARE, Chemonics International, EngenderHealth, FHI 360, Georgetown University/Institute for Reproductive Health, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Palladium, PATH, Pathfinder International, Population Council, Population Reference Bureau, Population Services International, Save the Children, United Nations Population Fund, U.S. Agency for International Development et University Research Co., LLC.

Le Département Santé et Recherche génésiques de l'OMS a contribué au développement du contenu technique de ces documents, qui sont considérés comme une synthèse des données factuelles et des expériences de terrain. Il est prévu que ces mémoires d'information soient utilisés parallèlement aux Directives et outils de planification familiale de l'OMS : http://www.who.int/topics/family_planning/es/.