JSI Maroc

Progress

Projet de Gestion Régionale des Services de Santé

C/O Ministère de la Santé, km 4,5 route de Casablanca,
Rabat, Maroc.
Tél : (212)37298423/31 Fax : (212)37690664

Rapport de Mission Wendy Edson, URC

18 au 31 mars 2001

Activité I.B.1.

Soumis : le 8 mai 2001

Distribution (par ordre alphabétique):
Dr. Mohamed Abou Ouakil, Ministère de la Santé/DP
Dr. Ali Malki, Ministère de la Santé/DHSA
Mr. Smail Achaati, Ministère de la Santé/DF
Dr. Rahmani, Ministère de la Santé/DP
Dr. Agyo, Ministère de la Santé/DF
Dr. Kamal Sarjdine, Chef de Service, Hôpital Hassan II
Mr. Taoufik Bakkali, USAID/Maroc
Mme Sati Sayah, JSI/Maroc
Dr. Rachid Bekkali, Coordinateur Régional de Tanger-Tétouan
Dr. Mostafa Tyane, Ministère de la Santé/DP
Dr. Abdelali Belghiti, Responsable de l'UMER
Dr. Tisna Veldhuyzen van Zanten, URC/Bethesda
Dr. Bruno Bouchet , URC/Bethesda
Mme Susan Wright, USAID/Maroc
Dr. Volkan Cakir, JSI/Maroc
Dr. Mohamed Zaari, Ministère de la Santé/DF
Mme Ellen Coates, URC/Bethesda
Dr. Nada Darkaoui, Ministère de la Santé/DHSA
Mme Boutaina El Omari, JSI/Maroc
Dr. Farouk Fasla, Coordinateur Régional de Souss-Mass-Drâa
Dr. Saida Jrondi, Ministère de la Santé/DHSA
Mme Malika Laasri, JSI/Maroc
Dr. Theo Lippeveld, JSI/Boston
Délégués provinciaux des régions de Souss-Mass-Drâa et Tanger-Tétouan
Cellule Régionale d'Assurance Qualité

TABLE DE MATIERES

Acronymes 1

Executive summary 2

Résumé 5

1. Contexte 8

2. Objectifs 8

3. Activités principales 8

4. Activités spécifiques et résultats 9

Annexes 17

Annexe 1 : Termes de Référence du Consultant 18

Annexe 2 : Participants aux réunions de Taroudant sur le Système de Monitorage du Collaboratif 20

Annexe 3 : Programme de la Mission 21

Annexe 4 : Modèle Collaboratif d'Améliorations Rapides 22

Annexe 5 : L'étapes du modèle collaboratif au Maroc selon les membres de CRAQ 23

Annexe 7 : Réponse à la CRAQ 28

Annexe 8 : Appel d'Offre 29

Annexe 9 : Stratégie pour le Développement des Aides Mémoires 34

Annexe 10 : Outil Aides Mémoires, Analyse des besoins 35

Annexe 11 : Résultats d'analyse des besoins 37

Annexe 12 : Participants à l'atelier sur le développement des aides mémoires 40

Annexe 13 : Prototypes des Aides Mémoires 41

Annexe 14 : Calendrier des Activités AQ de la CRAQ, SMD, Avril et Mai, 2001 47

Annexe 15 : Liste des Personnes Rencontrées 48

B

ACRONYMES

AQ	Assurance Qualité
CAT	Conduite à Tenir
CH	Centre Hospitalier
CRAQ	Cellule Régional d'Assurance Qualité
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DP	Direction de la Population
GIQua	Gestion Intégrale de la Qualité
HTA	Hypertension Artérielle
IAM	Inezgane Aït Melloul
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JSI	John Snow Incorporated
PAQ	Projet d'Amélioration de la Qualité
PF	Planification Familiale
Progress	Projet de Gestion Régionale des Services de Santé
PRVA	Planifier, Réaliser, Vérifier, Agir
RAM	Rupture Artificielle des Membranes
SIAAP	Service d'Infrastructure des Actions Ambulatoires Provinciales
SF	Souffrance Fœtale
SMD	Souss-Massa-Drâa
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR	Santé de la Reproduction
SSB	Soins de Santé de Base
TT	Tanger-Tétouan
UGP	Unité de Gestion du Projet
UMER	Unité de Mise en Oeuvre de la Réforme de la Santé
UO	Urgence Obstétricale
URC	University Research Corporation
USAID	United States Agency for International Development

EXECUTIVE SUMMARY

During the previous mission[1], the SMD region identified two priorities for the collaborative model: 1) to improve the care of hospital based obstetrical emergencies; and 2) to improve the identification and care (diagnosis, treatment and inter-personal communication) of patients with sexually transmitted infections who are treated at ambulatory care clinics. For each subject, 4 sites were identified. A monitoring system was developed and the *Cellule Régionale d'Assurance Qualité* (CRAQ) developed a list of quality improvement indicators and data collection forms for use by the reference hospitals, birthing centers and urban health centers.

Progress will undertake the training of approximately 500 healthcare workers who work with deliveries in the utilization of the SONU standards recently published by the Ministry of Health[2]. To improve the maintenance of performance after training an innovative model was proposed, which contains a packet of three interventions: 1) the development of job aids; 2) the development of critical pathways; and 3) the development of a self assessment tool to assess the performance of health services.

This mission had 2 objectives:

1. Evaluate the progress and assist the regional team (CRAQ) in SMD in implementing the monitoring system for the quality assurance projects in obstetrical emergencies and STI's; and

2. Develop prototypes for QA tools to reinforce SONU training.

Review of the activities which took place during the mission concerning the monitoring system and the collaborative model:

- Trip to Taroudant with the CRAQ members
- Meetings with the CRAQ in the SMD region
- Work sessions with the statistician at Hopital Hassan II
- A day-long meeting to increase the awareness and provide information to the leaders of the quality improvement projects in obstetrical emergencies and STI's in the SMD region

Findings on the monitoring system and the collaborative after this mission: (see pg 11)

1. Delay in the setting up of the monitoring system
2. A good knowledge of the indicators and data collection instruments by the CRAQ members
3. Resistance to the collaborative model in Taroudant due to their experience with GIQua

---

[1] Rapport de Mission, Janvier 2001. Bruno Bouchet et Wendy Edson.

[2] Standards de Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU). Royaume du Maroc. Ministère de la Santé. Direction de la Population. Juillet 2000.

4. The capacity of CRAQ: The fact that none of the CRAQ members are full time limits the capacity of CRAQ to direct QA activities.
5. Organizing CRAQ's work among itself and with the provinces needs to be clarified.
6. The need for the training in rapid changes already planned for May, 2001.
7. Plans and preparation for this mission.

Next Steps for the monitoring system and the Call for Proposals:

1) A calendar of activities for the following next steps for CRAQ during April and May is presented in **Annex 14**.
2) Collaborative, Monitoring system
   a) Follow up for 8 sites
   b) Follow up Meeting of 8 sites (Planning and Implementation)
   c) Training in Rapid Changes (Planning)
3) Call for Proposals
   a) Revise the call for proposals
   b) Inform provinces
   c) Send out call for proposals to provinces who will send it to health establishments
   d) Selection of winning projects and their notification
   e) Preparation to begin teams

Review of the activities which took place during the mission concerning the job aids:

1. A census of existing job aids and their utilization was completed
2. A needs assessment for new job aids was completed during trips with CRAQ members to the reference maternity at hospital Hassan II, a birthing center at Anza and the maternity at hospital d'Inezgane Aït Melloul.
3. A workshop was given on the development of job aids at hospital Hassan II.
4. Working sessions were held with the individuals in charge of SONU training.
5. Prototypes of job aids were developed.

Findings during the development of the job aids

1. Preparation of the mission: In the future it is desirable that the mission is better prepared and that midwives working in the field are available to work with.
2. Preparation for SONU training at hospital Hassan II: According to Dr. Sarjdine, there is missing equipment and supplies for the operating room. This need is being addressed by other personnel so that the maternity at Hassan II will be well equipped, as it is a training site for the SONU standards.

Job Aids Next Steps:

1. Writing and revision of job aids prototypes
2. Location of images for the prototypes
3. Verification of the technical content of the job aids by the technical committee
4. Identification of a graphic artist

The next mission is planned in late May, early June 2001, and URC consultants will focus on several aspects of *Progress*:

- The request for proposals for quality improvement projects in the SMD region;
- Training in developing changes and implementing the cycle for quality improvement for the 2 quality projects in SMD (obstetrical emergencies and STD's);
- Establish a documentation strategy for the QA experience of Tanger-Tétouan.

Until then, the *Progress* members (JSI team and Moroccan partners) are in charge of numerous follow-up and preparation activities from the previous list. These activities are described in details in this report.

RESUME

Durant la mission précédente[3], la région de SMD a identifié deux priorités pour piloter le modèle collaboratif : 1) Améliorer la prise en charge des urgences obstétricales en milieu hospitalier ; et 2) Améliorer l'identification et la prise en charge (diagnostic, traitement et communication inter-personnelle) des patients porteurs d'une infection sexuellement transmissible, qui fréquentent les établissements sanitaires ambulatoires. Pour chaque sujet, 4 sites ont été identifiés. Un système de monitorage a été défini et la Cellule Régionale d'Assurance Qualité (CRAQ) a défini une liste d'indicateurs d'amélioration et a développé de fiches de recueil de données pour les maternités de référence, les maisons d'accouchement, et les centres de santé urbains.

Progress a prévu de soutenir la formation d'environ 500 prestataires de santé impliqués dans les accouchements dans l'application des normes SONU publiées récemment par le Ministère de la Santé[4]. Le maintien de la performance après la formation implique de mettre en place des activités spécifiques, sinon l'investissement que constitue la formation risque d'être perdu. Un modèle innovateur a été proposé, qui répond aux besoins des personnels et services de santé, et comprend un « paquet » de trois interventions : 1) Le développement d'aides mémoires ; 2) Le développement de fiches médicales de soins ; et 3) Le développement d'un outil d'auto-évaluation de la performance des agents/services.

Cette mission de URC avait **2 objectifs :**

1. Evaluer les progrès et aider l'équipe régionale dans la mise en place du système de monitorage de la qualité dans le cadre des collaboratifs dans la région SMD ;
2. Développer des prototypes des outils à tester pour intégrer l'AQ dans les formations en SONU.

Rappel de déroulement pour le système de monitorage et le modèle collaboratif :

1. Déplacement avec la CRAQ à Taroudant
   - Des rencontres avec la cellule régionale d'assurance qualité à SMD ;
   - Des sessions de travail avec le statisticien de l'hôpital Hassan II à SMD ;
   - Une journée de sensibilisation et d'information avec les responsables des projets d'amélioration des urgences obstétricales et des IST à SMD ;
2. Constats sur le système de monitorage et le modèle collaboratif d'après cette mission : (voir pg11) ;
3. Retard dans la mise en place du système de monitorage ;
4. Bonne connaissance des indicateurs, la collecte des données par les membres de CRAQ ;

---

[3] Rapport de Mission, Janvier 2001. Bruno Bouchet et Wendy Edson.

[4] Standards de Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU). Royaume du Maroc. Ministère de la Santé. Direction de la Population. Juillet 2000.

5. Résistance au modèle collaboratif à Taroudant à cause de l'existence d'une expérience en matière de GIQua ;
6. La capacité du CRAQ : Le fait qu'aucun des membres de la CRAQ ne soit à temps plein, limite les capacités de la CRAQ à diriger les activités AQ ;
7. Organisation du travail du CRAQ : La manière dont le CRAQ va organiser son travail entre ses membres et avec les provinces mérite d'être clarifiée ;
8. Le besoin d'avoir un atelier d'identification des changements et la planification de leur test selon le cycle rapide d'améliorations déjà prévu en mai, 2001 ;
9. Préparation de la mission.

Prochaines Etapes pour le collaboratif et l'appel d'offre:

1) Un calendrier des activités pour CRAQ pendant les mois d'avril et mai est présenté en **Annexe 14.**
2) Collaboratif, Système de Monitorage
   a) Suivi des 8 sites
   b) Réunion de suivi et de mise au point
   c) Formation en changements et la préparation
3) Appel d'offre
   a) Révision de l'appel d'offre
   b) Sensibilisation des provinces
   c) Envoi de l'appel d'offre aux provinces qui enverront aux établissements de santé
   d) Sélection et notification des projets retenus
   e) Préparation du démarrage

Rappel de Déroulement des Aides Mémoires :

1. Recensement des aides mémoires existants et leur utilisation.
2. Analyse des besoins en aides mémoires à introduire à la maternité de référence de l'hôpital Hassan II, maison d'accouchement Anza et la maternité de l'Hôpital d'Inezgane Aït Melloul ;
3. Un atelier sur le développement des aides mémoires à l'hôpital Hassan II ;
4. Des sessions de travail avec les responsables de la formation en SONU ;
5. Sélection des sujets pour les aides mémoires à introduire ;
6. Développement des prototypes des outils AQ à introduire dans la formation SONU.

Constats sur le développement des aides mémoires :

1. Préparation de la mission : A l'avenir, il serait souhaitable que la mission soit mieux préparée et que les sages femmes de terrain soient disponibles. Le manque de disponibilité d'une voiture pour me déplacer sur le terrain a occasionné des pertes de temps.

2. Préparation en équipement pour la formation en SONU à l'hôpital Hassan II. Selon Dr Sarjdine, il y a un manque d'équipement et de matériel dans le bloc opératoire. Ceci fait l'objet des visites et missions d'une équipe de personnes ressources dans le cadre de la mise à niveau de la maternité Hassan II, site de stage pour la formation SONU.

Prochaines Etapes Aides Mémoires :

1. Rédaction et révision des prototypes des aides mémoires ;
2. Recensement des images pour les prototypes ;
3. Validation du contenu des aides mémoires élaborés par un comité technique ;
4. Identification d'un artiste graphique.

La prochaine mission est planifiée pour le mois de mai 2001 et les consultants URC se concentreront sur plusieurs aspects de Progress :

- Atelier d'identification des changements et la planification de leur test selon le cycle rapide d'améliorations PRVA ;
- Préparation du démarrage des projets d'amélioration de la qualité retenus dans la région ;
- Développement d'une stratégie de documentation de l'expérience AQ de Tanger-Tétouan ;
- Finalisation du contenu des aides mémoires élaborés.

D'ici là, les membres de Progress (équipe JSI et partenaires marocains) sont en charge de nombreuses activités de suivi et de préparation des activités précédemment listées. Ces activités sont décrites en détails dans ce rapport.

Projet de Gestion Régionale des Services de Santé - *Progress*
Appui Technique aux Activités d'Amélioration de la Qualité dans la région de SMD

1. Contexte

Dans le cadre du Projet de Gestion Régionale des Services de Santé (*Progress*) financé par l'USAID et exécuté par John Snow Incorporated (JSI), University Research Co., LLC (URC) apporte un appui technique dans le domaine de l'Assurance Qualité (AQ) et de la gestion des ressources humaines.

Progress appuie la décentralisation de la gestion des services de santé dans 2 régions, Souss-Massa-Drâa (SMD) et Tanger Tétouan (TT). Deux résultats spécifiques sont attendus de *Progress*: 1) *Les rôles, responsabilités et capacités identifiés, définis et développés aux différents niveaux du Ministère de la Santé* ; 2) *Des modèles innovateurs pour améliorer l'accessibilité, l'utilisation, la qualité et l'efficacité des services de santé sont développés et testés par les équipes régionales et locales.*

Le but de cette mission est d'évaluer la mise en place du système de monitorage de la qualité dans le cadre des collaboratifs dans la région de Souss-Massa-Drâa (SMD) et d'assister les équipes régionales et centrales dans le développement des prototypes des outils à tester pour intégrer l'AQ dans les formations en SONU.

2. Objectifs

Cette mission avait 2 objectifs :

1. **Objectif 1 :** L'évaluation des progrès par l'équipe régionale dans la mise en place du système de monitorage de la qualité dans le cadre des collaboratifs de SMD; et
2. **Objectif 2 :** Le développement des prototypes des outils à tester pour intégrer l'AQ dans les formations en SONU.

Les termes de référence détaillés sont présentés en **Annexe 1**.

3. Activités principales

Les principales activités furent :

- Des réunions de briefing & débriefing avec l'USAID ;
- Des réunions de briefing & débriefing avec les responsables régionales de SMD ;
- Des réunions de briefing & débriefing avec l'équipe de JSI ;
- Une réunion de débriefing avec la DHSA ;
- Des rencontres avec la cellule régionale d'assurance qualité à SMD ;
- Un atelier sur les aides mémoires dans la région de SMD (voir liste des participants en **Annexe 12**).

- Une réunion de travail sur l'élaboration des aides mémoires avec le niveau central ;
- Une journée de sensibilisation et d'information avec les responsables des projets d'amélioration des urgences obstétricales et des IST à SMD ;
- Des sessions de travail avec les responsables de la formation en SONU ;
- Des sessions de travail avec le statisticien de l'hôpital Hassan II à SMD ;
- Des visites de 5 sites pilotes parmi les 8 retenus dans la région SMD pour l'introduction du modèle collaboratif (Maternité de référence de l'hôpital Hassan II, maison d'accouchement Anza, centre de santé urbain Ouleid Teima, centre de santé urbain Taroudant, maternité l'Hôpital d'Inezgane Aït Melloul);
- Développement des prototypes des outils AQ à introduire dans la formation SONU ;
- Assister à un symposium pour les audits maternels et infantiles.

Le programme détaillé de la mission est présenté en **Annexe 2**.

4. Activités spécifiques et résultats

Pour l'Objectif 1 : *L'évaluation des progrès par l'équipe régionale dans la mise en place du système de monitorage de la qualité dans le cadre des collaboratifs de SMD.*

Durant la mission précédente[5], la région de SMD a identifié deux priorités pour piloter le modèle collaboratif : 1) Améliorer la prise en charge des urgences obstétricales en milieu hospitalier ; et 2) Améliorer l'identification et la prise en charge (diagnostic, traitement et communication inter-personnelle) des patients porteurs d'une infection sexuellement transmissible, qui fréquentent les établissements sanitaires ambulatoires. Pour chaque sujet, 4 sites ont été identifiés. Un système de monitorage a été défini et la Cellule Régionale d'Assurance Qualité (CRAQ) a défini une liste d'indicateurs d'amélioration et a développé de fiches de recueil de données pour les maternités de référence, les maisons d'accouchement, et les centres de santé urbains.

La région de SMD a dû mettre en place le système de monitorage après la dernière mission. Avant de passer à l'étape d'identification des changements, les équipes des établissements ont dû, avec l'aide de la Cellule Régionale d'Assurance Qualité, s'assurer de leur capacité à collecter les données régulièrement (rythme journalier ou hebdomadaire selon les cas). Ainsi, après 6 à 8 semaines de collecte, les équipes devraient être prêtes pour identifier les changements et tester leur impact sur les indicateurs d'amélioration, ce qui nécessitera une mission d'appui de URC. Cette dernière consistera en un atelier d'identification des changements et à la planification de leur test selon le cycle rapide d'amélioration PRVA.

Activités d'évaluation de la mission :

1. Visite de certains sites pilotes du modèle collaboratif

   Le premier jour de la mission, le 20 mars, j'ai accompagné deux membres du CRAQ (M. Belattar et M. Abbassi) et Dr Malki du niveau central (DHSA) pour une

[5] Rapport de Mission, Janvier 2001. Bruno Bouchet et Wendy Edson.

visite aux sites de Taroudant et d'Ouled Teima du projet IST. L'implantation du système de monitorage a démarré le 13 mars. Six sites avaient été visités avant mon arrivée à SMD. Il y a eu un délai de 6 à 7 semaines entre le développement des indicateurs pour les deux projets d'amélioration (lors de la dernière mission) et l'implantation des indicateurs aux sites. L'attente de URC était d'implanter le système de monitorage aussitôt que possible pour que la CRAQ puisse avoir les données de base pour les projets collaboratifs retenus et puisse renforcer l'énergie de l'atelier de janvier.

M. Fadili, membre de la CRAQ et formateur GIQua, a soulevé le problème de la communication avec l'équipe régionale après la visite au centre de santé urbain, d'Ouled Teima en janvier. Il attendait le suivi de cette mission. Nous avons expliqué que le rapport de mission est fait obligatoirement 2 semaines après chaque mission et il a du recevoir une copie. De plus, cette visite représente le suivi de la visite en janvier. Il a exprimé le souci de l'intégration du modèle collaboratif dans le modèle du GIQua et l'apport de la région dans le succès d'un projet AQ. En discutant ces points, nous avons fait observer que le collaboratif et GIQua ne sont que des outils différents pour atteindre le même but, l'amélioration de la qualité. J'ai aussi noté qu'un des points forts du collaboratif est que le niveau régional est impliqué dès le départ. Un autre point fort du collaboratif est que les changements peuvent être généralisés autour de la région plus facilement par rapport au GIQua. La question de la formation préliminaire en AQ pour un succès du modèle collaboratif a été débattue. Ensuite nous avons eu une réunion avec l'équipe de centre de santé urbain de Taroudant (voir liste des participants en **Annexe 3**). Cette équipe tient toujours des réunions le lundi à 17h pour travailler sur l'amélioration de la qualité suivant le modèle GIQua. Sur le mur était affiché le « story board » d'un cycle d'amélioration de la prise en charge des patients diabétiques. Les membres de la CRAQ ont démarré la réunion avec une revue de la charte, les indicateurs et les fiches de recueils des données. L'équipe à Taroudant a posé les questions suivantes :

- Clarification sur la prise en charge correcte des IST selon l'approche syndromique.
- Quelle sera la fiabilité des données des 4 sites du collaboratif ?
- Pourquoi tout le monde n'est-il pas formé dans l'approche syndromique ?
- Combien de temps la collecte des données va-t-elle durer ?
- Pourquoi ne pas attendre que toutes les normes de l'approche syndromique soient en place ?
- Est-ce que les IST sont un problème au niveau de la province ?

Les membres de CRAQ ont répondu de manière adéquate aux questions posées en référant aux indicateurs et aux chartes du projet (voir rapport de mission précédent pour une copie des indicateurs et des chartes.) Les membres de CRAQ doivent faire le suivi pour assurer la fiabilité des données. Ils ont décidé de faire la collecte des données pendant 2 mois, cependant les changements qui vont être introduits après 2 mois auront un impact sur certains indicateurs. Ainsi, il est souhaitable de mesurer les indicateurs durant et après ces changements.

Ensuite nous avons visité le centre de santé urbain d'Ouled Teima (voir liste des participants en **Annexe 3**). Dr Hassine a démarré la réunion avec un rappel de la

réunion précédente et des points qui ont été débattus. Les membres de la CRAQ ont poursuivi avec un rappel de la charte IST, les indicateurs et les fiches de recueil des données. L'équipe Ouled Teima a eu les commentaires suivants :

- Est-ce que la charte peut être changée ? Est-ce qu'il faut l'accord des 4 sites ?
- Les femmes au CPN ne sont pas à haut risque pour les IST. Pourquoi est-ce qu'elles sont ciblées et pas les autres femmes à haut risque?
- L'indicateur sur la déclaration des cas sera 1 parce que le numérateur et le dénominateur seront le même chiffre (voir les indicateurs dans le dernier rapport de mission).
- Suggestion pour la modification de l'indicateur 2 : Nombre de femmes dépistées au niveau du Centre de Santé divisé par le nombre de femmes qui fréquentent le Centre de Santé.
- Est-ce qu'on va comptabiliser les patients vus par l'équipe mobile ?
- Le traitement des partenaires coûtera beaucoup d'argent. La prévention nécessite d'avoir des préservatifs et n'en dispose pas assez.
- Il a été suggéré que chaque médecin fasse une semaine de consultations pour les IST. De cette façon, les femmes se trouveront sur le même registre.

Les membres du CRAQ ont répondu de manière adéquate aux questions posées et ont motivé l'équipe à commencer la collecte des données (voir rapport de mission précédent pour une copie des indicateurs et des chartes.)

2. Clarification des questions sur le modèle collaboratif avec les membres du CRAQ

   Lors des rencontres avec les membres de la CRAQ, nous avons eu l'occasion de discuter du modèle collaboratif. Certains ont dit qu'ils ne comprennent pas le graphique du modèle collaboratif **(Annexe 4).** Ils ont dit que les étapes du démarrage du collaboratif au Maroc ne sont pas identiques à celles représentées dans le graphique. Lors de la discussion ils ont conçu leurs propres étapes pour le collaboratif au Maroc. **(Annexe 5)**

   Nous avons aussi discuté la durée des collectes des données. Ils ont décidé de faire la collecte pour 2 mois. Cependant comme les changements auront un impact sur certains indicateurs, il est souhaitable de les mesurer durant et après ces changements.

   La nécessité d'avoir un suivi dans les 8 sites, surtout les sites IST, pendant les prochaines semaines a été aussi discutée avec les membres du CRAQ. Il y aura certainement des questions de clarification quand chaque site commencera la collecte des données.

   Ils n'ont pas encore défini la prise en charge correcte de toxémie gravidique pour l'indicateur des urgences obstétricales (voir le rapport de mission de janvier, 2001). Nous avons suggéré, lors de la dernière mission, d'identifier 2 ou 3 taches clés dans la prise en charge correcte et vérifier si elles sont comptées (oui = 1, non = 0).

   Ils ont confectionné une « fiche de référence » d'après la fiche dans l'annexe des normes SONU pour le système de monitorage. Il y a aussi une autre fiche de

référence du Ministère de la Santé. Etant donné qu'il y a plusieurs fiches de référence, la CRAQ devra évaluer ces fiches après quelques mois d'utilisation.

3. Formation de statisticien sur l'utilisation du fichier sur Excel.

   Après la conception des fichiers sur Excel pour l'analyse des données des IST et des Urgences Obstétricales (UO), j'ai expliqué l'utilisation de ces fichiers à M. Afallas, le statisticien de l'hôpital Hassan II. Il a saisi l'utilité du fichier et l'a révisé afin qu'il puisse faire les calculs des délais de transfert et de prise en charge. Il y a un fichier pour les sites IST, et 2 fichiers pour les sites UO (1 mensuel et 1 hebdomadaire). Ces fichiers faciliteront l'analyse des données pour le collaboratif.

4. Développement des fiches d'analyse manuelle **(Annexe 6)**

   Afin de satisfaire les exigences d'analyse des données hebdomadaires, des fiches d'analyse manuelle ont été confectionnées pour les sites qui n'auront pas accès aux ordinateurs.

5. Animer « l'analyse des données et l'utilisation des données » à la journée de sensibilisation et d'information.

   Lors de la journée de sensibilisation, M. Afallas, le statisticien de l'hôpital Hassan II, a fait une revue des données déjà collectées par la maternité de l'hôpital Hassan II. Une disquette avec le fichier sur Excel a été remise aux sites de l'hôpital IAM, maison d'accouchement Sidi-Bibi, centre de santé Biougra, et centre de santé IAM. Pour les réunions hebdomadaires, nous avons suggéré une revue de quelques dossiers médicaux et une discussion sur les changements à proposer.

6. Réponse aux questions d'avancement du collaboratif

   La CRAQ avait une question sur le pilotage du collaboratif. Il voulait savoir s'il y a une grille d'avancement dès le départ ou est-ce qu'on va décrire un document après le déroulement. Dans un an, est-ce qu'il y aura, par exemple, 8 collaboratifs, et puis 20 collaboratifs après 2 ans ?

   Nous avons suggéré d'évaluer le collaboratif après un an, deux ans et trois ans. Dans cette évaluation, les questions de recherche seront les suivantes :

   A. Est-ce que la capacité de l'équipe régionale a été renforcée ? Est-ce que l'équipe régionale peut mesurer l'impact des changements ? Est-ce que l'équipe régionale peut utiliser cet outil d'amélioration de la qualité ? Est-ce que les moyens de suivre les collaboratifs étaient disponibles ?

   B. Les collaboratifs, ont-ils eu un impact positif sur les problèmes abordés? Est-ce que les changements effectifs ont été généralisés partout dans la région ?

   Pour atteindre ces objectifs, ce n'est pas une question de nombre des collaboratifs, mais de performance/dynamique de chaque équipe.

   La réponse de Dr Bouchet, envoyée par courrier électronique lors de la mission, est attachée en **Annexe 7**.

7. L'appel d'offre

   L'idée est que la région crée un mécanisme pour inciter le personnel de santé à améliorer la qualité de soins en valorisant leurs idées de changements et en

s'appuyant sur leur motivation. En pratique, la région lancera un appel d'offre pour des projets d'amélioration de la qualité selon un format précis. Les 2 meilleurs projets seront sélectionnés dans chacune des 7 provinces de la région de SMD, soit 14 projets en tout. Un "draft" d'appel d'offre est attaché en **Annexe 8.**

Constats sur le système de monitorage et le modèle collaboratif d'après cette mission :

8. Retard dans la mise en place du système de monitorage. Les activités d'AQ réalisées par l'équipe régionale de SMD après la dernière mission étaient : l'équipe de la CRAQ a développé un plan d'action de la cellule, a préparé un protocole, a développé une fiche de référence, a budgétisé, a présenté leur plan d'action au Comité Régional de Coordination et s'est déplacée pour l'implantation du système de monitorage. Malgré ces étapes, la mise en place du système de monitorage a été faite tardivement.
9. Bonne connaissance des indicateurs et de la collecte des données par les membres de la CRAQ. Les membres de la CRAQ ont bien saisi les indicateurs, et la collecte des données. Le suivi, même si c'est seulement un appel de téléphone, doit se faire dans les semaines suivantes. Si l'équipe de la CRAQ trouve qu'un site n'a pas saisi la collecte des données ou l'analyse des données, il doit les assister pour le faire. Aussi, pour l'auto-évaluation, les équipes peuvent sélectionner quelques dossiers médicaux pour révision et discuter les changements possibles.
10. Résistance au modèle collaboratif à Taroudant devant l'existence d'une expérience GIQua dans cette province. Malgré l'implication des responsables de Taroudant dans le choix du sujet d'amélioration et le choix des sites (mission précédente, janvier 2001), ils ont refusé d'assister à la journée de sensibilisation, et ont demandé une explication pour le choix du sujet à Taroudant. Nous avons réitéré le fait que le modèle collaboratif ne rentre pas en compétition avec la résolution de problèmes en équipe (modèle GIQua) et que toute dynamique GIQua dans Taroundant était positive et doit se poursuivre.
11. La capacité de la CRAQ : Le fait qu'aucun des membres de la CRAQ ne soit à temps plein, limite les capacités de la CRAQ à diriger les activités AQ. Le calendrier du travail de la CRAQ doit donc être établi en tenant compte de cette contrainte. Il serait souhaitable que la région de SMD étudie la possibilité d'affecter une personne à temps-plein au sein de la CRAQ, pour la continuité des activités AQ.
12. L'atelier sur les changements à mettre en place dans le cadre de la mise du modèle collaboratif est prévu durant la prochaine mission de mai. En effet, suite à la mise en place du système de monitorage, il faut décider avec les équipes concernées des changements à introduire pour la résolution du problème clinique retenu. Cet atelier revêt une grande importance pour l'avancement du modèle collaboratif. La CRAQ coordonnera avec les consultants URC pour la préparation de cet atelier.
13. Préparation des missions : Avant chaque mission, il faut communiquer les termes de référence et préparer l'organisation entre les consultants, JSI et l'équipe régionale. Ainsi, les objectifs de la mission seront connus par tout le monde et le terrain sera prêt.

Prochaines Etapes :

1) Un calendrier des activités pour la CRAQ pendant les mois d'avril et mai est présenté en **Annexe 14.**

2) Collaboratif, Système de Monitorage
   a) Suivi du système de monitorage
   b) Réunion de suivi et de préparation de l'étape de l'introduction des changements
   c) Formation de la CRAQ et équipes de sites pilotes sur les changements

3) Appel d'offre
   a) Révision d'appel d'offre
   b) Sensibilisation des provinces
   c) Envoi de l'appel d'offre aux provinces qui enverront aux établissements de santé
   d) Sélection et notification des projets retenus
   e) Préparation du démarrage

Pour l'Objectif 2 : *Le développement des prototypes des outils à tester pour intégrer l'AQ dans les formations en Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU).*

Progress a prévu de soutenir la formation d'environ 500 prestataires de santé impliqués dans les accouchements dans l'application des normes SONU publiées récemment par le Ministère de la Santé[6]. En pratique, le personnel des maisons d'accouchement effectuera un stage de 2 semaines au niveau des maternités de référence régionales dont les capacités auront été préalablement renforcées. Au terme de la formation, le personnel sera capable de prendre en charge les urgences obstétricales selon les normes. Progress fournira également l'équipement nécessaire à l'application des nouveaux standards SONU.

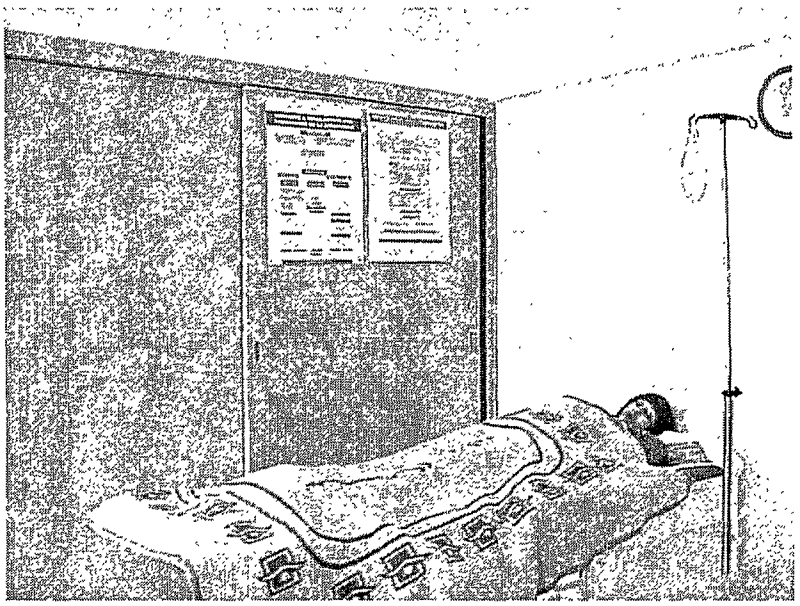
Le maintien de la performance après la formation implique de mettre en place des activités spécifiques, sinon l'investissement que constitue la formation risque d'être perdu. Un modèle innovateur a été proposé, qui répond aux besoins des personnels et services de santé, et comprend un « paquet » de trois interventions : 1) Le développement d'aides mémoires ; 2) Le développement de fiches médicales de soins ; et 3) Le développement d'un outil d'auto-évaluation de la performance des agents/services.

Activités de la mission :

1. Recensement des aides mémoires existant. Avant mon arrivée, le bureau JSI a fait un recensement des aides mémoires existants. Afin d'analyser les besoins sur le terrain, j'ai fait aussi un recensement des aides mémoires et de l'utilisation des aides mémoires existants.

---

[6] Standards de Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU). Royaume du Maroc. Ministère de la Santé. Direction de la Population. Juillet 2000.



Dans cette photo, les aides mémoires sont bien placés, affichés au mur, juste en face du prestataire. Ils sont mis dans un endroit facile à voir.

2. Analyse des besoins en aides mémoires à introduire. J'ai visité la maternité de l'hôpital Hassan II, la maternité de l'hôpital IAM et la maison d'accouchement d'Anza pour utiliser l'outil élaboré sur les besoins en aides mémoires sur le terrain **(Annexe 10).**
3. Sujets retenus pour les aides mémoires à introduire: Après l'analyse des résultats des besoins en aides mémoires effectués sur le terrain **(Annexe 11)**, et suite à la réunion de travail effectuée au niveau central avec Dr Tsouli Fatima et Prof. Bezad, les sujets retenus sont les suivants:

Domaine Général	Actes
Circuit obstétrical	Appréciation clinique du bassin
Prévention de l'infection en obstétrique	Accouchement du siège
	Ventouse
	Episiotomie
	Délivrance artificielle
	Rupture Artificielle des Membranes
	Perfusion d'Ocytocine
	Décision
	Hémorragie du 3ème trimestre

Deux sujets sont d'ordre général relatifs à l'organisation au sein de la structure d'accouchement, 7 concernent des actes, ou gestes, et le dernier est un sujet d'une décision à prendre. Ils ont rassemblé les documents déjà faits sur ces sujets et nous avons discuté le format. Les sujets sur les actes seront éventuellement dans un format pour la poche de la blouse. Ce format semble pour l'instant le plus adéquat pour une utilisation efficace de ces outils. Le format final sera discuté avec l'équipe

régionale, avec l'implication des prestataires, du service de la protection de la santé de la mère et de la division de l'IEC.

4. Développement des prototypes des aides mémoires **(Annexe 13) :** La prochaine étape était de concevoir les prototypes des aides mémoire. J'ai eu l'aide de Mme. Khadija Guilloul, la Major de la Maison d'accouchement Anza, pour cette tache.
5. Atelier à l'hôpital Hassan II sur le développement des aides mémoires : (voir liste des participants en **Annexe 12.**) J'ai animé un atelier le 23 mars à l'hôpital Hassan II sur le développement des aides mémoires. L'agenda comprenait l'utilisation, le développement et la présentation des aides mémoires. Les participants ont travaillé sur les sujets suivants : la ventouse, les hémorragies du 3eme trimestre et les dystocies des épaules. Leurs idées furent utilisées pour concevoir les prototypes.
6. Cartes de soins : Dr Sarjdine, Chef de Service de la maternité de l'Hôpital Hassan II, Agadir, m'a montré une carte de soins qu'on peut adapter pour la maternité. Ceci ressemble aux « critical pathway » (cartes de soins). Il voulait concevoir une carte mais il hésite à cause de manque de financement disponible pour la reproduction. Le développement des cartes de soins sera un objectif de la prochaine mission.
7. Auto-évaluation : Il y a une fiche d'auto-évaluation dans le guide de formation SONU. Cette fiche peut être révisée lors de la prochaine mission.

Constats sur le développement des aides mémoires :

1. Préparation de la mission : A l'avenir, il serait souhaitable que la mission soit mieux préparée et que les sages femmes de terrain soient disponibles. Le manque de disponibilité d'une voiture pour me déplacer sur le terrain a occasionné des pertes de temps.
2. Préparation en équipement pour la formation en SONU à l'hôpital Hassan II : Selon Dr Sarjdine, il y a un manque d'équipement et de matériel dans le bloc opératoire. Ceci fera l'objet des visites et missions d'une équipe de personnes ressources dans le cadre de la mise à niveau de la maternité Hassan II, site de stage pour la formation SONU.

Prochaines Etapes

1. Rédaction et révision des prototypes des aides mémoires ;
2. Test de la forme et du contenu des aides mémoire en collaboration avec les équipes des deux régions ;
3. Recensement des images pour les prototypes ;
4. Identification d'un artiste graphique.

Notes : Les fichiers électroniques sur Excel, sur Powerpoint, et les photos prises lors de cette mission sont disponibles au bureau de JSI à Rabat, le bureau de JSI à Agadir et la CRAQ à SMD.

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de Référence du Consultant

Annexe 2 : Participants aux réunions à Taroudant sur le modèle collaboratif

Annexe 3 : Programme de la Mission

Annexe 4 : Modèle Collaboratif d'Améliorations Rapides

Annexe 5 : Modèle Collaboratif : étapes au Maroc

Annexe 6 : Fiches d'analyse manuelles

Annexe 7 : Réponse aux Questions de la CRAQ

Annexe 8 : Appel d'offre

Annexe 9 : Stratégie pour le Développement des Aides Mémoires

Annexe 10 : Outil : Aides Mémoires, analyse des besoins

Annexe 11 : Résultats : Analyse des besoins

Annexe 12 : Participants à l'atelier sur le développement des aides mémoires

Annexe 13 : Prototypes des Aides Mémoires

Annexe 14 : Calendrier des activités AQ à SMD pendant les mois d'avril et mai, 2001

Annexe 15 : Liste des personnes rencontrées

ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE DU CONSULTANT

Nom du consultant :	Wendy Edson	
Nature de consultation :	Assistance Technique	
Activité du Plan d'Action :	I.B.4.1. Mise en place du modèle collaboratif	
Dates de consultation :	Du 18 au 31 mars 2001	
Responsables de l'Activité:	**MS (centre) :**	Dr Tyane, Dr Jrondi
	MS (régions):	Dr Bakkali (TT), Dr Fasla (SMD)
	USAID:	Susan Wright, Taoufik Bakkali .
	JSI:	Volkan Cakir, Boutaïna El Omari

Introduction:

Durant la dernière mission effectuée par Dr Bruno Bouchet et Mme Wendy Edson le mois de janvier 2000, les équipes de SMD et TT avaient prospecté avec les consultants des activités qui augmenteraient l'impact de la formation SONU en renforçant l'efficacité d'une stratégie de communication de nouveaux standards de soins. Un modèle a été proposé qui répond aux besoins des prestataires de services et qui comprend un paquet de 3 interventions : le développement d'aide mémoire ; (2) le développement de fiches médicales de soins ; et (3) le développement d'un outil d'auto évaluation des performances des prestataires.

Le but de la présente mission de consultation de Dr Wendy est en premier lieu d'aider les équipes régionales à concevoir et développer les différents supports sus-cités, et en second lieu, de profiter de sa présence pour faire le suivi de l'implantation du modèle collaboratif à SMD.

Objectifs de la consultation:

1. Développer des aides mémoires, des cartes de soins et un système auto évaluation pour compléter les supports de formation en SONU ;
2. Assister la commission d'assurance qualité, et les responsables provinciaux dans la mise en place du système de monitorage des projets d'amélioration de la qualité dans les centres sélectionnés à cet effet.

Les produits de cette consultation seront :

1) Des copies d'aide mémoire, fiches de soins et outils auto évaluation des performances en SONU conçues et développées ;
2) Une stratégie pour soutenir la performance des agents après la formation en standards des soins obstétricaux et néonatals d'urgence ; et
3) Un système de monitorage des projets d'amélioration de la qualité mis en place;

Tâches spécifiques:

La consultante doit :

1. Visiter les sites pilotes du modèle collaboratif et assister les équipes sur le terrain à mettre en place et à faire fonctionner le système de monitorage ; (SMD) ;

2. Aider la commission assurance qualité à développer une stratégie de provision d'assistance technique et de suivi des améliorations dans les sites pilotes ; (SMD)
3. Développer avec les partenaires les aides mémoires, les cartes de soins, et les outils d'auto évaluation de la performance en SONU ; (SMD et TT)
4. Préparer et présenter un rapport préliminaire de consultation dans une réunion avec les représentants du Ministère de la Santé et de l'USAID ; et
5. Finaliser et soumettre le rapport au plus tard deux semaines après la fin de la mission (document édité sur papier avec une copie sur disquette).

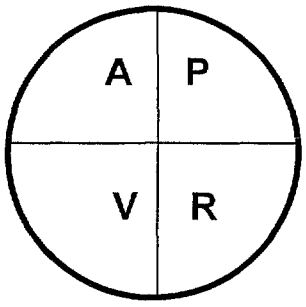
ANNEXE 2 : PARTICIPANTS AUX REUNIONS DE TAROUDANT SUR LE SYSTEME DE MONITORAGE DU COLLABORATIF

Nom et Prénom	Fonction	Provenance
Taroudant		
Dr. Houidali Mbarq	Médecin Chef	Taroudant
Jarir Fatima	Infirmière	Taroudant
Dr. Ali MALKI	Médecin, DHSA	Rabat
M. Belaiehli Essmo	Infirmier Major	Taroudant
Naimo, Jerf	Infirmière SMI	Taroudant
El Ajouly Saida	Infirmière SMI	Taroudant
Gouider Kalifa	Infirmière SMI	Taroudant
Dhem Mustapha	Major de la C/S	Taroudant
Ahmed Fadili	Major, SIAAP, CRAQ	Taroudant
Ahmed Abbassi	Service Soins Inf, HHII, CRAQ	Agadir
Brahim Belattar	Animateur SIAAP, CRAQ	Agadir
Bekkane	Médecin	Taroudant
Dr. Wendy Edson	Consultant	URC
Ouled Teima		
Dr. Hassime Lhoucine	Médecin Chef	Ouled Teima
Ahmed Abbassi	SSI, HHII	Agadir
Ahmed Fadili	Major SIAAP	Taroudant
Rachiba Baadani	Infirmière N.A.	Ouled Teima
Berrass Mbaraq	Major C/S	Ouled Teima
Mnajam Ayad	Médecin C/S	Ouled Teima
Beujebbour Fatima	SMI	Ouled Teima
Chbani Abdelleziz	Chef de Secteur	Ouled Teima
Brahim Belattar	SIAAP	Agadir
Dr. Ali Malki	Médecin, DHSA	Rabat
Attoucch	Animateur AQ, c/s	Ouled Teima
Dr. Wendy Edson	Infirmière, Consultant	URC

ANNEXE 3 : PROGRAMME DE LA MISSION

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
18 Arrivée à Casablanca Sabena 3821 à 13:05h *Nuit à Rabat*	**19** • Discussion avec l'équipe JSI • 11 :30 am Briefing USAID • Symposium sur les Audits Maternel and Néonatal • Départ de Casablanca à 22h *Nuit à Agadir*	**20** • 9 :00 – 6 :30 pm Mise en place du système de monitorage : travail avec la Cellule Qualité Régionale à Taroundant et Ouled Teima *Nuit à Agadir*	**21** • 10 :am Réunion avec Dr. Fasla • 11 :30 am Discussion avec représentante JSI • 3 :00 pm Travail à la maternité de l'hôpital Hassan II: les aides mémoires, les cartes de soins *Nuit à Agadir*	**22** • 9 :00 am Anza Maison d'accouchement 11 :00 am Hôpital IAM : Travail sur les aides mémoires • 4:00 pm Réunion avec Cellule Qualité Régionale • 6:00 pm Préparation de Atelier *Nuit à Agadir*	**23** • 9 – 6 pm Journée thématique : Atelier sur le Développement des Aides Mémoires : l'hôpital Hassan II *Nuit à Agadir*	**24** • 10:00 am Travail sur le système de monitorage: statisticien a l'hôpital Hassan II, membre de Cellule Qualité Régionale *Nuit à Agadir*
25 • Travail sur les aides mémoires et sur le système de monitorage • Rédaction de rapport de mission • Départ de Rabat à 19h. *Nuit à Rabat*	**26** • 9:00 am Travail sur les aides mémoires, avec Pr. Bezad, Dr Tsouli • Départ de Casablanca à 17h *Nuit à Agadir*	**27** • 9 :00 am Réunion de préparation pour la journée de sensibilisation : Cellule de Qualité Régionale • Travail sur les aides mémoires *Nuit à Agadir*	**28** • 9 :00 – 2 :00 pm Journée de Sensibilisation : 8 sites et Cellule Qualité Régionale • Travail sur les prototypes des aides mémoires *Nuit à Agadir*	**29** • Réunion de débriefing avec l'équipe de SMD • Travail à la maternité de l'hôpital Hassan II: les cartes de soins • 1 :00 pm Retour sur Rabat *Nuit à Rabat*	**30** • 8:30am Debriefing avec l'USAID • 11:30 am Réunion de débriefing avec l'équipe de Progress Rabat • 4:00 pm Débriefing avec la DHSA, Prof Bezad et Dr Tsouli *Nuit à Casablanca*	**31** Départ de Casablanca Vol Air France 1697 à 7:00h

ANNEXE 4 : MODELE COLLABORATIF D'AMELIORATIONS RAPIDES

Etapes du Modèle Collaboratif		**Résultats attendus de chaque étape**	***Exemple***
1. Que cherchons-nous à améliorer ?		But	*Meilleure prise en charge des femmes enceintes présentant une hypertension*
2. Comment saurons-nous qu'un changement mène à une amélioration ?		Indicateurs d'amélioration	▪ *Patientes qui meurent des conséquences d'une toxémie gravidique* ▪ *Taux d'hospitalisation pour toxémie gravidique*
3. Quels changements pouvons-nous effectuer qui résulteront en une amélioration ?		Sélection des changements	▪ *Utilisation de guides cliniques* ▪ *Surveillance ambulatoire rapprochée*
4. Cycle de Shewhart pour tester les améliorations 	**P**lanifier le changement	Plan de mise en application des changements	▪ *Développer des normes et aides-mémoire* ▪ *Evaluer les capacités des centres de santé*
	Réaliser le changement	Mise en application des changements	▪ *Equiper et former les personnels* ▪ *Utiliser les guides cliniques*
	Vérifier l'impact du changement	Effet des changements sur les indicateurs d'amélioration	*Collecter les données pour le calcul des indicateurs* *Monitorage des tendances*
	Agir selon les résultats	Décision prise concernant les changements	*Analyser l'impact des solutions et décider d'adopter les changements et de les étendre ou de les abandonner*
5. Comment assurons-nous la pérennité des changements efficaces ?		Durabilité des changements	*Monitorage continu d'un nombre réduit d'indicateurs*
6. Comment assurons-nous la diffusion des changements ?		Etendue des changements à d'autres structures	*Les solutions efficaces deviennent la norme pour tous les établissements*

ANNEXE 5 : L'ETAPES DU MODELE COLLABORATIF AU MAROC SELON LES MEMBRES DE CRAQ

Projet de Qualité

1. Choix du problème
2. But et charte
3. Sélection des indicateurs (fiche de récolte)
4. Récolte des données
5. Identification des changements
6. Mise en place
7. Monitorage
8. Validation
9. Généralisation

ANNEXE 6 : FICHES D'ANALYSE MANUELLE[7]

La Prise en Charge des IST

Calcul Hebdomadaire des Indicateurs

Proportion de prise en charge correcte des IST		Proportion de traitements		Proportion de traitements donnés	
Nombre de patients avec IST pris en charge selon les normes de l'approche syndromique	divisé par	Nombre de patients avec IST traités selon les normes de l'approche syndromique	divisé par	Nombre de patients ayant reçu leur traitement sur place	divisé par
Nombre de patients avec IST vus au centre	égale	Nombre de patients avec IST vus au centre	égale	Nombre de patients avec IST vus au centre	égale
	multiplié par 100 égale		multiplié par 100 égale		multiplié par 100 égale

[7] Voir le rapport de la dernière mission pour une explication des indicateurs

Proportion de dépistage des IST		Taux de déclaration des cas			
Nombre de patients qui ont subi un dépistage durant la CPN	divisé par	Nombre de cas d' IST déclarés	divisé par		divisé par
Nombre de patientes vues en CPN	égale	Nombre de patients avec IST vus au centre	égale		égale
	multiplié par 100 égale		multiplié par 100 égale		multiplié par 100 égale

Progress

JSI/Maroc

La Prise en Charge des urgences obstétricales

Calcul Hebdomadaire des Indicateurs

Proportion des patientes prises en charge selon le protocole de soins pour la toxémie gravidique		Proportion de fiches de référence correctement remplies			
Nombre de cas de toxémie gravidique pris en charge selon le protocole de soins	_____	Nombre de femmes référées avec une fiche de référence correctement remplie	_____	_____	_____
	divisé par		divisé par		
Nombre de cas de toxémie gravidique arrivant à la maternité de référence	_____	Nombre de femmes référées	_____		_____
	égale		égale		
	_____		_____		_____
	multiplié par 100 égale		multiplié par 100 égale		
	_____		_____		_____

Progress

JSI/Maroc

La Prise en Charge des urgences obstétricales

Calcul Hebdomadaire des Indicateurs des délais

Nom de site de référence : _____

Heure d'arrivée	Heure de décision de transfert	Délai moyen de transfert	L'heure d'arrivée du médecin	L'heure de l'arrivée de la patiente à l'hôpital	Délai moyen de l'arrivée du médecin
Délai Total			Délai Total		
Divisée par nombre de patientes ci-dessus			Divisée par nombre de patientes ci-dessus		
Délai Moyen			Délai Moyen		

ANNEXE 7 : REPONSE A LA CRAQ

27 mars 2001

Cette lettre fut écrite en réponse aux questions de l'équipe de SMD concernant le modèle collaboratif par Dr Bruno Bouchet.

1. Où en serons-nous du modèle collaboratif dans 2 ou 3 ans ?

En fait, ça dépend beaucoup de la dynamique de changement dans la région de SMD et il est quasiment impossible pour quiconque de prédire exactement la situation. Par contre, il est important de comprendre ce qu'on est en train de faire : on est en train de mettre en place une dynamique d'amélioration interne au système de santé marocain. Cela veut dire qu'un processus continu d'amélioration sera institutionnalisé au sein des services de santé (cliniques et administratifs) de manière à identifier, tester et adopter les changements systémiques qui constituent des meilleures pratiques. Par conséquent, à court-terme il faut obtenir des résultats sur des sujets cliniques ou de santé publique prioritaires précis de manière à les diffuser dans tous les services de santé à moyen-terme. A long terme, la région de SMD doit pouvoir décrire à tout moment le ou les projets d'amélioration de la qualité en cours utilisant une approche AQ telle que le modèle collaboratif ou la résolution de problèmes en équipes (ou un autre...). La nécessité de pérennité doit rendre cette approche indépendante des projets et dépend entièrement de son appropriation par les responsables/leaders.

2. Quelle est la relation entre le modèle collaboratif et GIQua ?

Les 2 peuvent s'exprimer en termes de « modèles », mais la discussion à un niveau conceptuel ne me semble pas prioritaire ou essentielle, car elle dévie les énergies de l'effort d'amélioration qui est l'objectif principal. Nous ne sommes pas en train de « tester un modèle », nous sommes en train d'améliorer la qualité des soins. Que l'amélioration vienne d'équipes individuelles de résolution de problèmes ou de la collaboration de plusieurs établissements sur un sujet commun n'est pas important. La suggestion d'utiliser des approches différentes vient du souhait de la région d'essayer plusieurs mécanismes (GIQua étant l'un d'eux) à partir des leçons apprises après 3 ans de GIQua, augmentant ainsi les chances de succès. Tout en soutenant les efforts d'amélioration, la région doit analyser la faisabilité des différentes approches ou de leur combinaison et décider si c'est cela qu'elle veut et va être capable de pérenniser. Dans la négative, elle doit définir sa propre dynamique d'amélioration et être capable de décrire concrètement l'approche Assurance Qualité qu'elle cherche à institutionnaliser. Le PNAQ est un cadre stratégique idéal pour cela et tout modèle d'amélioration de la qualité s'inscrit dedans.

ANNEXE 8 : APPEL D'OFFRE

APPEL D'OFFRES POUR DES PROJETS D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE

REGION DE SOUSS-MASSA-DRAA

DRAFT

La région de Souss-Massa-Drâa (SMD) veut encourager les initiatives d'amélioration de la qualité des soins et services de santé par un appui, à travers le Projet de Gestion Régionale des Services de Santé (*Progress*), aux équipes des établissements de santé.

Dans ce cadre, la Direction Régionale du Ministère de la Santé sollicite auprès de tous les établissements de santé de la région, des propositions de Projets d'Amélioration de la Qualité (PAQs) des soins et services de santé. Les établissements habilités à concourir sont les établissements publics répertoriés dans « La Santé en Chiffres, 1999. Royaume du Maroc. Ministère de la Santé » : hôpital, centre de santé, maison d'accouchement, etc.

Dans le cas d'un hôpital il est souhaitable que le PAQ se limite à un ou quelques services seulement afin d'obtenir des résultats rapides.

Parmi les propositions qui seront soumises, deux (2) PAQs seront sélectionnés par province soit un total de quatorze (14) PAQs. La sélection des PAQs se fera par un comité régional sur la base de 6 critères prioritaires et 4 critères secondaires :

Critères Prioritaires

1. Les équipes **doivent sélectionner un sujet d'amélioration clinique** parmi les thèmes suivants : planification familiale, santé maternelle, santé infantile, infections sexuellement transmissibles, VIH/SIDA, nutrition.

   Exemple de sujet acceptable : améliorer la prise en charge des enfants de moins de 5 ans qui présentent des symptômes d'infection respiratoire aiguë.

   Exemples de sujets non acceptables : i) diminuer le temps d'attente des patients ; ii) acheter du matériel médical.

2. Le problème ou l'opportunité d'amélioration **doit être documenté par des données**. La documentation d'un problème de qualité fait partie de la démarche d'amélioration. Il n'est donc pas nécessaire d'avoir toutes les données disponibles dès le départ, mais d'avoir suffisamment d'information chiffrée pour justifier le choix du sujet.

   Exemple de documentation suffisante : la moitié des enfants traités pour pneumonie reviennent au centre de santé non guéris 5 jours après.

   Exemple de documentation non suffisante : les patients attendent trop longtemps.

3. Le problème à résoudre ou le processus d'amélioration **doit être sous le contrôle des membres internes de l'équipe** de l'établissement de santé. Beaucoup de processus de soins dépendent d'intervenants qui sont en dehors de l'établissement de santé. Ces problèmes sont plus difficiles et longs à résoudre car ils impliquent la constitution d'une équipe virtuelle et sont généralement du ressort de la province, voire de la région.

   Exemple de processus sous contrôle de l'équipe : les enfants atteints de pneumonie seront traités selon un protocole clinique défini, de manière à améliorer l'utilisation rationnelle des médicaments.

   Exemple de processus hors-contrôle de l'équipe : i) la dotation de médicaments n'est pas suffisante ; ii) la faible utilisation des services par la population.

4. L'opportunité d'amélioration sélectionnée est suffisamment **commune à la région** pour que les solutions développées bénéficient aux autres établissements par l'identification de « meilleures pratiques ».

   Exemple d'un problème commun : le centre de santé n'a pas de système de suivi/rappel des femmes enceintes qui ne viennent pas régulièrement à leurs visites prénatales.

   Exemple d'un problème spécifique d'un établissement : la prise en charge correcte du paludisme (pas répandu dans toute la région).

5. **L'engagement du leader institutionnel**. La plupart des projets d'amélioration réussissent par l'existence d'un leadership engagé dans la mobilisation de son équipe et son attitude exemplaire. A l'inverse, de nombreux projets échouent en l'absence de leadership. Le responsable de l'établissement de santé doit faire partie de l'équipe du PAQ.

6. La **rapidité prévisible** de l'amélioration. Il n'y a pas de « mauvais » sujet d'amélioration, mais l'ampleur des changements est parfois telle que les résultats attendus ne peuvent être mesurés qu'à long terme. Dans le cadre de cette initiative, il est essentiel que des résultats rapides soient réalistes. Les équipes doivent avoir une estimation de la durée nécessaire à l'atteinte de leur objectif d'amélioration. Six mois semblent une durée maximale raisonnable pour conserver une dynamique d'équipe efficace.

Critères Facultatifs

7. L'équipe a déjà une idée de son **approche globale** pour atteindre son but d'amélioration. Bien que les activités et changements spécifiques seront définis durant la démarche d'amélioration, l'équipe a dû déjà réfléchir aux types de changements à apporter pour améliorer la qualité des soins et services de santé sélectionnés.

   Exemple d'une approche globale : pour améliorer les conseils aux femmes demandant une méthode contraceptive, l'équipe définira des standards de communication inter-personnelle, mesurera l'adhésion aux standards et développera des supports visuels. Les besoins en formation complémentaire seront évalués.

8. L'approche peut impliquer des **membres de la communauté**. Dans la mesure où la perspective des clients externes au système de soins (patients) apporte des informations sur leurs attentes et leur compréhension, leur implication aide à re-concevoir des services qu'ils seront plus enclins à utiliser.

   Exemple d'implication communautaire nécessaire : afin de diminuer les délais d'arrivée au premier niveau de soins des femmes enceintes avec complications, la population sera impliquée dans la conception d'un système d'évacuation rapide.

9. L'approche peut impliquer une **Organisation Non Gouvernementale** (ONG). La collaboration avec une ONG peut aider l'équipe de l'établissement à atteindre une population dispersée et nombreuse.

   Exemple de collaboration bénéfique : l'amélioration de la récupération nutritionnelle des enfants malnutris à domicile peut se faire en collaboration avec une ONG locale.

10. L'approche peut nécessiter le développement d'un **partenariat entre le secteur privé et le secteur public**. Le secteur de soins privé contribue à la continuité dans la prise en charge de patients vus dans le secteur public et à la résolution des problèmes de santé publique prioritaires.

    Exemple de partenariat public-privé : la prise en charge correcte des patients atteints d'IST nécessite que les médicaments prescrits selon l'approche syndromique soient disponibles dans les pharmacies, et un dialogue doit s'instituer entre ceux qui prescrivent et ceux qui fournissent les médicaments.

Les PAQs sélectionnés recevront un appui technique de la part de la Région et de Progress sous la forme d'une expertise en méthodes d'Assurance de Qualité (AQ). Parmi l'assistance que recevront les PAQs sélectionnés :

- une sensibilisation/formation aux méthodes d'améliorations rapides de la qualité ;
- une assistance technique continue sous forme de contacts réguliers avec des personnes-ressources locales et internationales ;
- une participation à une conférence régionale sur les meilleures pratiques de soins ;
- une reconnaissance des meilleures équipes dont le travail sera publié et diffusé ;
- une récompense à l'équipe la plus performante, sous forme de voyage d'études ou de cérémonie officielle (selon les moyens disponibles).

Cet appui permettra aux équipes de mener leurs projets à terme et de bâtir leur capacité à maintenir des mécanismes continus d'amélioration de la qualité des soins et services de santé avec une assistance externe limitée ou mieux encore sans assistance externe. Pour des raisons de pérennité, les mécanismes de soutien financier de Progress sont limités et les coûts récurrents d'une dynamique d'amélioration interne au système de santé doivent être assurés par les budgets de fonctionnement des établissements, des provinces et de la région. Les équipes

doivent tenir compte de leurs ressources disponibles afin de faire des propositions réalistes qui ne dépendent pas d'une source de financement externe non garantie.

La Région tirera les leçons de cette initiative qui pourra, selon les cas, être répétée voire être institutionnalisée comme mécanisme d'amélioration continue de la qualité des services et des soins et servir de modèle pour les autres régions.

Soumission des dossiers

- Chaque établissement est invité à déposer une proposition de Projet d'Amélioration de la Qualité, mais une seule proposition est recevable par établissement.
- La proposition doit suivre le canevas présenté en annexe, et comporter un maximum de 1.000 mots sur 2 pages format A4 (500 mots par page).
- La proposition doit être signée par tous les membres de l'équipe qui s'engagent ainsi à la mettre en œuvre si elle est retenue.
- La proposition doit être adressée au plus tard le 31 mai 2001 à l'adresse suivante :

Monsieur le Coordinateur Régional du Ministère de la Santé

Région de Souss-Massa-Drâa

Délégation Ministère de la Santé d'Agadir Ida Outanane

Rue Ibn Zidoune, Agadir

CANEVAS POUR LA PROPOSITION D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE

DE LA REGION DE SOUSS-MASSA-DRAA

Etablissement :

Province :

Equipe du Projet :

1. **Nom, Prénom, Fonction :**
2. **..... :**
3. **etc.**

Titre du Projet :

But/Objectifs :

Information/Données sur l'ampleur du problème ou l'opportunité d'amélioration :

Approche globale prévue pour aborder le problème ou atteindre le but :

Durée estimée pour l'atteinte des objectifs :

Les membres de la communauté seront-ils impliqués ? Si oui, décrivez brièvement comment ?

Une association/ONG sera t'elle impliquée ? Si oui, décrivez brièvement son rôle :

Un partenariat avec le secteur privé sera t'il établi. Si oui, décrivez brièvement les rôles et responsabilités de chacun.

Signature de tous les membres de l'équipe du Projet

ANNEXE 9 : STRATEGIE POUR LE DEVELOPPEMENT DES AIDES MEMOIRES

Draft

Les étapes pour le développement des aides mémoires	**Par Qui**
1. Définir les domaines de SONU qui ont besoin des aides mémoires	JSI/Maroc Comité Technique (Ministère de la Santé)
2. Développer des outils de collecte des données	Consultant AQ JSI/Maroc Comité Technique
3. Collecter des données (l'observation, l'entretien)	Consultant AQ Enquêteurs
4. Analyser les résultats de la collecte des données ➢ Performance idéale des infirmiers ➢ Performance actuelle des infirmiers ➢ Principales barrières ➢ Principales motivations	Consultant AQ Enquêteurs
5. Définir les messages clés par rapport aux résultats	Comité Technique JSI/Maroc Consultant AQ
7. L'observation, l'entretien des experts cliniques pour identifier leur technique	Consultant AQ Enquêteurs
8. Développer des prototypes des aides mémoires	Consultant AQ JSI/Maroc Comité Technique Artiste URC/Washington
9. Prétest des aides mémoires	Consultant AQ JSI/Maroc Enquêteurs
10. Révision des aides mémoires	Consultant AQ Comité Technique Artiste URC/Washington
11. Prétest	JSI/Maroc Enquêteurs
12. Finaliser et Reproduction	Consultant AQ JSI/Maroc Artiste URC/Washington

ANNEXE 10 : OUTIL AIDES MEMOIRES, ANALYSE DES BESOINS

Progress **JSI/Maroc**

Strictement Confidentiel

OBSERVATION DU PERSONNEL DE SANTE

I: Recensement des aides mémoires au site. (Nom du site : _____)

Listez tous les aides mémoires que vous voyez et leurs emplacements.

Demandez aux prestataires comment ils utilisent ces aides mémoires existants?

II : Difficulté des Actes de SONU

Actes	Perception de la difficulté 1 = peu, 5 = très	Nombre de fois par mois (si jamais demandez pourquoi)
Examen d'admission	1-2-3-4-5	
Appréciation clinique du bassin	1-2-3-4-5	
Accouchement normal	1-2-3-4-5	
Accouchement du siège	1-2-3-4-5	
Episiotomie	1-2-3-4-5	
Ventouse	1-2-3-4-5	
Rupture Artificielle des Membranes	1-2-3-4-5	
Délivrance artificielle	1-2-3-4-5	
Suture de déchirure – non-compliqué	1-2-3-4-5	
Partogramme	1-2-3-4-5	
Perfusion de syntocinon	1-2-3-4-5	
Césarienne (assisté)	1-2-3-4-5	

Parmi les décisions que vous prenez quelles sont les plus difficiles ?

Le transfert ?

Le retour à domicile ?

Le diagnostic ?

Quand est-ce que vous remplissez le partogramme ?

Est-ce que le partogramme vous aide à prendre les décisions ? Expliquez.

Quel acte ou décision est le plus difficile à se rappeler ?

III. Préférence de Communication

Pour le texte écrit, quelle langue préférez-vous ?

Qu'est-ce que vous préférez comme dessins ? (Photos, caricature, image, autres)

Quand vous avez une question sur une procédure, que faites vous?

IV. Lieu de travail

Montrez-moi où vous travaillez quand vous :

- Faites l'examen d'admission
- Faites un perfusion
- Faites un transfusion sanguine
- Donnez du médicaments
- Traitez une urgence obstétricale
- Faites le documentation sur le dossier médical
- Labo

ANNEXE 11 : RESULTATS D'ANALYSE DES BESOINS

Progress

JSI/Maroc

Mars 2001

Questionnaire : Aides Mémoires

Résultats

I. Recensement des Aides Mémoires existants :

CAT devant une HYPERTENSION ARTÉRIELLE sévère et grossesse
CAT devant une hémorragie de la délivrance
CAT devant une crise d'éclampsie et grossesse
CAT devant une SF
CAT devant une réanimation de nouveau-né

Utilisation des Aides Mémoires
Parfois on oublie la CAT. devant une pathologie (surtout le TRT)
En lisant de temps en temps
Ou a chaque fois qu'un cas se présente
En lisant en cas de besoin
En cas de difficulté, on les lit
Devant tous les cas, on a recours à ces aides

II. Difficulté des Actes de SONU

Rang :
Hôpital Hassan II :
Appréciation clinique du bassin
Accouchement du siège
Ventouse et Suture de déchirure – non-compliqué
Césarienne (assistée)
Délivrance artificielle
Episiotomie
Examen d'admission
Accouchement normal et Rupture Artificielle des Membranes
Partogramme

Hôpital IAM.

Ventouse

Accouchement du siège

Appréciation clinique du bassin

Délivrance artificielle

Anza Maison d'accouchement

Appréciation clinique du bassin

Ventouse

Délivrance artificielle

Fréquence des actes SONU :

Rang, par fréquence décroissante :

Accouchement du siège

Suture de déchirure non compliquée

Rupture Artificielle des Membranes

Délivrance artificielle

Perfusion de syntocinon

Quelles sont les décisions les plus difficiles à prendre ?

Transfert (dans la maison d'accouchement)

Le rentre a domicile (Hôpital IAM)

Le diagnostic (Hôpital Hassan II)

Hémorragies du 1er et 3ème trimestre

Syndrome fébrile de la femme enceinte

Quand est-ce que vous remplissez le partogramme ?

Quand on est sûr que la parturiente va rester, c'est à dire, qu'elle est en vrai travail, ou quand elle est référée ou présentant une complication.

Est-ce que le partogramme vous aide à prendre les décisions ? Expliquez.

Oui, parce qu'on est au courant du déroulement de l'accouchement et du travail.

Oui, il me donne une image sur la situation de la femme.

Quel acte ou décision est le plus difficile à se rappeler ?

Devant une éclamptique, j'oublie la mise en place de la canule ou d'apprécier la sévérité.

Un nouveau-né en état de mort apparente. Je me rappelle difficilement l'enchaînement des actes.

Rupture utérine

Hématome retro-placentaire

Crise d'éclampsie

Etat de choc

Réanimation du nouveau-né

Hémorragie de rupture utérine

Le diagnostic à l'admission de la parturiente

Hémorragie de la délivrance

Transfert

Césarienne

Réanimation

III. Préférence de Communication

Pour le texte écrit, quelle langue préférez-vous ?

Français

Arabe (1)

Dialecte parle (arabe ou berbère)

Qu'est-ce que vous préférez comme dessins ? (Photos, caricature, image réaliste, autres)

Caricature (pour avoir une aide simple sur le geste)

photo, image réaliste

photos, vidéo

Quand vous avez une question sur une procédure, que faites vous?

Je me réfère aux aides mémoires. Je demande l'avis des gens plus expérimentés que moi.

Je me base sur mes connaissances de base et les documents concernant l'obstétrique.

Je pose la question au gynécologue.

Je rentre chez moi, je consulte des livres

ANNEXE 12 : PARTICIPANTS A L'ATELIER SUR LE DEVELOPPEMENT DES AIDES MEMOIRES

Nom et Prénom	Fonction	Provenance
Dr. K. Sarjdine	Médecin-Chef	Maternité-HHII
Dr. R. Ziadi	Médecin	Maternité-HHII
Dr. Ali MALKI	Médecin	Rabat
Dr. M. Meraouf	Médecin	Maternité-HHII
Dr. A. Jama	Médecin	Maternité-HHII
Dr. M. BELKADI	Médecin	HHII, Agadir
Mme C. Labiade	Major du service	Maternité-HHII
M. Abbassi	SSI	HHII
M. Brahim Belattar	SIAAP	Agadir
Mr. ELHANAFI	Enseignant à l'IFCS	Agadir
Mme Malika LAASRI	JSI	Agadir
Dr. Talbi	Médecin, SIAAP	Agadir
M. Afallas	Statisticien	HHII

ANNEXE 13 : PROTOTYPES DES AIDES MEMOIRES

La Ventouse Obstétricale

1.1. Contre-indications

Présentations dystociques: front, face, siège, transverse....

Disproportion foeto-pelvienne

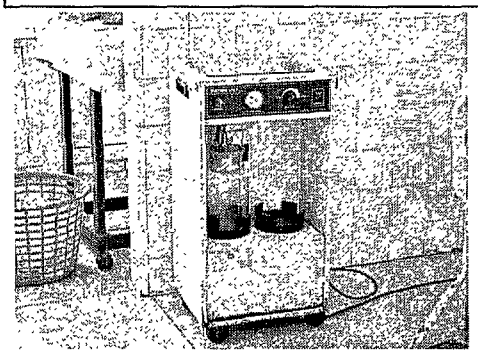
Utérus doublement cicatriciel

Présentation non-engagement

Dilatation incomplète

Prématurité

La bosse séro-sanguine



Préparer la patiente :

1. Réaliser la position gynécologique
2. Faire uriner la femme ou la sonder
3. Faire la toilette vulve périnéale par antiseptique

Condition :

1. La tête doit être dans la partie basse de l'excavation
2. Connaître la variété de la présentation (position)
3. S'assurer que la dilatation est complète, de l'engagement et de la variété de positions

Technique :

1. Placer correctement la cupule en évitant la fontanelle
2. Vérifier que la pression est a 800 millibars
3. Exercer une légère traction perpendiculairement a la cupule en fonction de la variété de position.

Image de OIGA	Image de OIDA	Image de OIGP	Image de OIDP
En bas à droite	En bas à gauche	En haut à droite	En haut à gauche

De la main restée libre, protéger le périnée

Episiotomie, si nécessaire au moment de l'ampliation périnéale

Durée d'application ne doit pas excéder 15 - 20 minutes

Vérification après la ventouse:

Déchirure du périnée, col, vagin

Saignement

BSS (nouveau-né)

Délivrance artificielle

Définition :

C'est le décollement et l'extraction manuelle du placenta

Indications :

D'urgence en cas d'hémorragie

30 mn après la naissance de l'enfant si la délivrance ne se fait pas

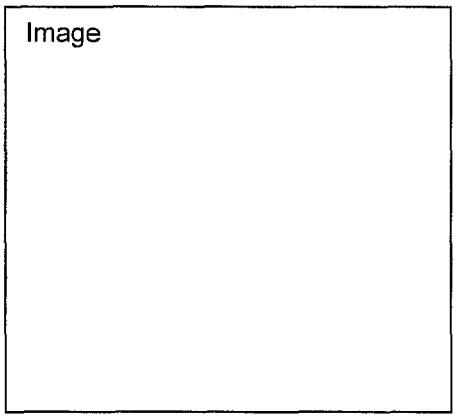
Technique

Vessie vide

Gants stériles

Toilette vulvaire

Image

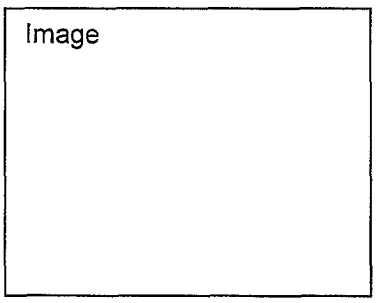


Introduire une main sous forme de cône dans le vagin et suivre le cordon jusqu'à ce qu'on trouve le placenta.

L'autre main maintient le fond utérin

Détacher complètement le placenta par le bord cubital de la main.

Image



Quand la totalité du placenta est libre dans la cavité utérine,

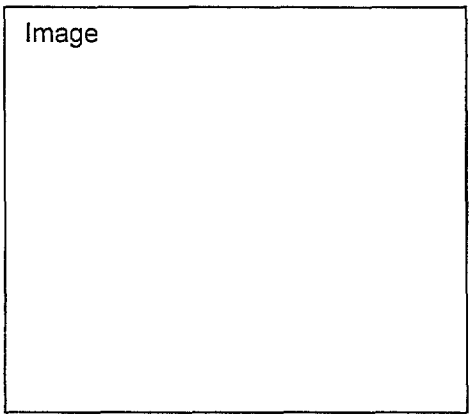
l'extraire par traction sur le cordon tout en maintenant la main à l'intérieur de l'utérus.

Exploration finale de la cavité utérine.

Utero tonique en IM ou perfusion d'ocytocique (10 IU de Syntocinon dans 500 ml de Glucose Isotonique)

Antibioprophylaxie

Image



La Présentation du Siège

Aux maisons d'accouchements

Ne pratiquer l'accouchement du siège que si toutes les conditions d'accouchement par voie basse sont remplies et en absence de risque.

- Taille normale de la patiente > 150 cm
- Bassin perméable
- Fœtus de poids normal
- A terme
- Multipare

Si...	Donc...
Si rupture des membranes et travail avancé	Mettre une perfusion d'ocytocine et terminer l'accouchement
Si dilatation complète et phase expulsive imminente	Respecter au maximum la descente et le dégagement du corps fœtal jusqu'à la sortie des épaules et du dos fœtal qui est retourné sur le ventre de la mère pour dégager la tête.

Référer dans tous les autres cas, en particulier :

- Toutes les suspicions de DFP
- Absence d'engagement à dilatation complète
- SFA
- Procidence du cordon

Image: Manoeuvre de Bracht

Image: Manoeuvre de Chriseller

Le corps du bébé est retourné sur le ventre de la mère pour dégager la tête

Une aide exerce une pression sus-pubienne

Episiotomie

Mettre patiente en position gynécologique (toilette vulvaire)

Observer et toucher le périnée

Le meilleur moment, c'est lorsque le périnée est aminci et pâle ou brillant.

Image

- Prendre une paire de ciseaux pointus.
- Avec l'autre main, quand le périnée est très mince, placer 2 doigts dans le vagin entre les ciseaux et la tête du fœtus
- Commencer au centre du périnée et placer les ciseaux à un angle de 45 degrés (incision médiolatérale postérieure)
- Couper en une seule incision de 3 à 4 cm.

Réparation

Observer pour voir s'il existe des déchirures ou des hématomes

- Presser fermement avec les doigts sur la paroi arrière du vagin
- Regarder profondément dans le vagin.
- Faites monter les doigts le long de la paroi latérale du vagin, un côté à la fois.

Image

Image

Le plan vaginal par surjet, le plan musculaire avec des points séparés et la peau avec des points de Blair Donaty séparés.

- Appliquer un pansement stérile
- Vérifier l'absence de saignements
- Faire un toucher rectal.

Perfusion d'Ocytocine

Contre-indications:

Obstacle mécanique

Utérus doublement cicatriciel

Souffrance fœtale aiguë

Grande multiparité

Surdistension utérine

Matériel

- 1 ampoule d'ocytocine : 5 U.I. non périmée, conservée au froid entre 2 – 15° C
- 1 flacon de 500 cc de sérum glucosé isotonique
- Aiguille ou intranule pour la prise de la voie veineuse : sparadrap, compresses stériles et antiseptique

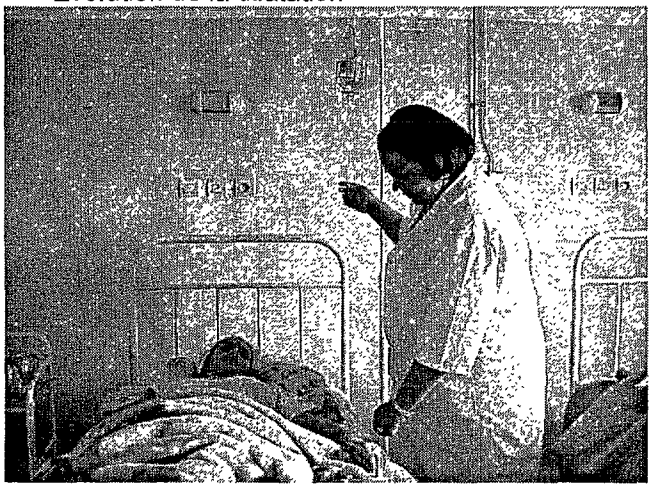
Préparer la perfusion :

- 5 U.I. d'ocytocine dans 500 cc de sérum glucosé 5%
- Prendre la voie veineuse
- Régler le débit de la perfusion à 16 gouttes par minute et en fonction de l'indication
- Surveiller les modifications des contractions utérines
- Augmenter graduellement le débit par paliers de 4 gouttes/minute jusqu'à l'obtention d'une contractilité utérine valable sans dépasser 40 gouttes par minute.

Surveillance

De la mère:

- Contraction Utérine (fréquence, intensité, durée)
- Relâchement inter-phasique
- Evolution de la dilatation



Du Fœtus :

- Les Bruits du cœur fœtaux doivent être auscultés avant, au moment et après chaque contraction utérine
- Aspect du liquide amniotique
- Niveau de la présentation

De la perfusion

- Surveiller la voie veineuse
- Le débit doit être contrôlé

ANNEXE 14 : CALENDRIER DES ACTIVITES AQ DE LA CRAQ, SMD, AVRIL ET MAI, 2001

Calendrier avril et mai 2001
Cellule Régionale de la Qualité, Souss Massa Drâa

	Semaine de 4/2	4/9	4/16	4/23	4/30	5/7	5/14	5/21	5/28	6/4
Collaboratif										
Suivi IST	XXXXXX		XXXXXX			XXXXX		XXXXX		
(collecte, analyse, interprétation des données)										
Suivi UO	XXXXXX		XXXXXX			XXXXX		XXXXX		
(collecte, analyse, interprétation des données)										
Réunion de suivi des collaboratifs					XXXXX				XXXXX	
Préparation de réunion de suivi			XXXXXX							
Formation des collaboratifs en changements									XXXXX	
Préparation de formation des collaboratifs							XXXXX			
Appelle d'offre										
Révision d'appel d'offre		XXXXX								
Sensibilisation pour l'appel d'offre		XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX					
Envoyer d'appel d'offre				XXXXX						
Dernière limite pour recevoir								XXXXX		
Sélectionner, notification									XXXXX	
Préparation du démarrage									XXXXX	XXXXX
Visite de JSI										
Visite de Volcan		XXXXXX								
Visite de Boutaina			XXXXXX		XXXXXX		XXXXXX			
Visite du consultant URC (à finaliser)								XXXXX	XXXXX	XXXXX

ANNEXE 15 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Nom	Fonction	Organisme
M. Abbassi	SSI	Hôpital Hassan II/Agadir
M. Afallas	Statisticien	Hôpital Hassan II/Agadir
Taoufik Bakkali	Coordinateur Progress	USAID/Rabat
Brahim Belattar	SIAAP	Région de Souss-Massa-Drâa
Mohamed Belkadi	Directeur d'Hôpital	Hôpital Hassan II/Agadir
Rachid Bezad	Consultant JSI	Rabat
Volkan Cakir	Directeur de Projet	JSI/Rabat
Nada Darkaoui	Chef de Division	DHSA/Rabat
M. Elhanafi	Enseignant, IFCS	Agadir
Boutaina El Omari	Conseiller Technique	JSI/Rabat
Ahmed Fadili	Major, SIAAP	Taroudant
Farouk Fasla	Coordinateur Régional	Région de Souss-Massa-Drâa
Mme. Khadija Guilloul	Major	Anza, Maison d'accouchement
Malika Laasri	Coordinateur régional	JSI/Agadir
Mme C. Labiade	Major, Maternité	Hôpital Hassan II/Agadir
Ali Malki	Cadre	DHSA/Rabat
Sati Sayah	Coordinateur régional	JSI/Tanger
Dr Kamal Sarjdine	Chef du Service, Maternité	Hôpital Hassan II/Agadir
Dr Talbi	SIAAP	Région de Souss-Massa-Drâa
Dr Tsouli	Service de la Protection de la Santé de la Mère	Dir de la Population/Rabat
Susan Wright	Chef Département Population et Santé	USAID/Rabat

Les participants dans l'atelier sur le développement des aides mémoires à l'hôpital Hassan II

Equipe de la maternité de référence de l'hôpital IAM

Equipe de la maternité de référence de l'hôpital Hassan II d'Agadir

Equipe de la maison d'accouchement d'Anza

Equipe du centre de santé urbain de Taroudant

Equipe du centre de santé urbain d'Ouleid Teima